

# ***La governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna**

## **Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento**



ISSN 1591-223X  
**DOSSIER**  
**192-2010**



Agenzia  
sanitaria  
e sociale  
regionale



# ***La governance delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna***

## **Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento**

**Innovazione sociale**

**La redazione del Dossier è stata curata da**

---

**Massimo Campedelli** Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna  
Area Innovazione sociale

**La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione  
dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna**

**responsabile** Marco Biocca

**redazione e impaginazione** Federica Sarti

**Stampa** Centro stampa regionale, Regione Emilia-Romagna, Bologna, luglio 2010

**Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF

viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna

e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet**

[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss192.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss192.htm)

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

# Indice

<b>Sommario</b>	<b>5</b>
<i>Abstract</i>	6
<b>Introduzione</b>	<b>7</b>
<b>1. La <i>governance</i> socio-sanitaria in Emilia-Romagna</b>	<b>9</b>
1.1. Premessa	9
1.2. Finalità e strategia del sistema regionale	12
1.3. Le forme di partecipazione alle decisioni	14
1.4. L'articolazione del processo programmatico	26
1.5. L'accreditamento, tra produzione e qualità	33
1.6. La valutazione	37
1.7. La formazione	46
1.8. La ricerca in sanità	47
1.9. Il sistema informativo	52
1.10 La <i>governance</i> e i livelli essenziali	59
<b>2. La <i>governance</i> nei sistemi territoriali</b>	<b>67</b>
2.1. Il contributo delle Aziende USL e dei Distretti alla <i>governance</i> socio-sanitaria	67
2.2. La <i>governance</i> e il ruolo delle Province	70
2.3. La <i>governance</i> e il Terzo settore	72
2.4. Le forme contrattuali e regolamentari	75
2.5. La <i>governance</i> e la compartecipazione alla spesa	84
<b>3. Lo stato di salute del sistema</b>	<b>87</b>
3.1. Un sistema in crescita	87
3.2. Gli atti di indirizzo delle CTSS	88
3.3. Aree di possibile miglioramento e opportunità di sviluppo	91
<b>4. Un coordinamento regionale che funziona</b>	<b>103</b>
<b>Appendici</b>	<b>109</b>
Appendice 1. Lessico della <i>governance</i>	111
Appendice 2. Bibliografia di riferimento	133
Appendice 3. Principale normativa di riferimento della Regione Emilia-Romagna	139



# Sommario

Le differenze tra modelli regionali di *welfare*, già rilevanti prima della riforma costituzionale del 2001, si sono successivamente accentuate. Questo non è però sempre chiaro o immediatamente evidente. A tutt'oggi, la comunicazione nei e sui sistemi di *welfare* regionali rischia di confondere gli analisti e gli attori interessati, sia perché si usano termini identici per significare oggetti in realtà molto diversi, sia per l'esatto opposto. La questione diventa poi di particolare importanza quando si affronta un tema non facile come quello della *governance*, già di per sé particolarmente sfuggente, come la letteratura in materia dimostra.

Il Dossier vuole aiutare a colmare questo insieme di criticità.

Esso è in primo luogo rivolto agli attori che a vario titolo partecipano al processo decisionale nel sistema integrato sociale e sanitario della Regione Emilia-Romagna. Il volume è uno strumento di ricostruzione e evidenziazione per decisori politici, rappresentanti delle parti sociali, dirigenti e specialisti, rappresentanti delle forme di partecipazione della cittadinanza, che contribuiscono a "fare integrazione", essendo - questa - risorsa e finalità della *governance*. Lo scopo è rendere consapevoli tutti gli attori del sistema della complessità a cui partecipano, per incrementare il loro protagonismo nel perseguire le finalità che la Regione si è data in tema di salute e benessere, in particolare per quanto riguarda le frontiere "mobili", che separano e al contempo mettono in relazione sistemi sociale e sanitario. In secondo luogo, il documento offre la base per una eventuale e successiva comparazione con altri modelli regionali, esigenza sentita dagli studiosi del settore, ma anche dalla dirigenza delle amministrazioni regionali.

Il Dossier è pensato come vero e proprio *report* di ricerca. Insieme all'architettura della *governance* sociale e sanitaria emiliano-romagnola, stabilita dalle numerose normative e atti amministrativi (vedi *Appendici 2 e 3*) inerenti sia il livello propriamente regionale sia quello territoriale (provinciale/aziendale e intercomunale/distrettuale), il volume contiene anche una prima valutazione dell'impatto che la realizzazione di tale architettura ha avuto, evidenziandone i risultati raggiunti ma anche i problemi non ancora risolti. L'auspicio di questo documento di ricerca è inoltre far comprendere come la *governance* sociale e socio-sanitaria non sia più distinguibile da quella sanitaria e, più in generale, dal processo di riforma amministrativa perseguito dalla Regione, con particolare riferimento alla promozione delle forme di gestione associata delle funzioni comunali e di cooperazione tra Enti locali e Aziende sanitarie.

In Appendice, insieme alla normativa e alla bibliografia, è stato inserito un lessico essenziale sulle parole chiave che attraversano tutto il Dossier: *governance*, integrazione e programmazione. È forse proprio nel modo con cui le Regioni declinano questi termini che vengono a caratterizzarsi i loro sistemi di *governance*, assumendo, come nel caso dell'Emilia-Romagna, il profilo di vero e proprio modello.

## **Abstract**

### ***The governance of policies for health and social wellbeing in Emilia-Romagna. Opportunities for developments and improvements***

*The Italian regional patterns of welfare present significant differences, that have increased after the 2001 constitutional reform. However, this is not always clear or readily apparent. Sometimes communication in regional welfare systems can confuse analysts and stakeholders as the same terms are used for very different meanings or, at the same time, the opposite can happen. The issue becomes particularly important when dealing with a complicate theme as that of governance, by itself very elusive as literature demonstrates.*

*The Dossier is aimed at facing some of these criticalities.*

*It is first of all meant for those actors that in various ways participate in decision-making processes in the Emilia-Romagna integrated health-social welfare system. The volume is an instrument of reconstruction and highlighting of governance purposes for policy makers, representatives of social partners, managers and specialists, representatives of citizen participation, who contribute "to integration building". The aim is to inform all stakeholders on the complexity of the system in which they participate, to increase their leading role in pursuing the goals that Region Emilia-Romagna was given on health and wellness, in particular regarding "mobile" borders that separate and link social and health systems. Secondly, the Dossier provides the basis for any possible comparison with other regional models.*

*The Dossier is designed as a research reports.*

*The volume presents the architecture of governance and social-health system of Emilia-Romagna defined by many legislative and administrative actions (see Appendix) concerning both the regional and local levels; it also includes a first evaluation of the impact of this architecture implementation, highlighting the achievements and also the problems not yet resolved.*

*The aim of this paper is also to explain how social and social-health governance can no longer be considered separate from the health governance and, more generally, from the administrative reform process pursued by the Region, with particular reference to promoting joint management forms of municipal functions and cooperation between Local authorities and Health agencies.*

*In the Appendix, legislation and bibliography are presented, as well as an essential glossary on the key ideas of the Dossier: governance, integration and planning. Probably, the way Regions understand these terms characterizes their systems of governance, that can become a true model like that of Emilia-Romagna.*



# Introduzione

La legislatura regionale 2005-2010 è iniziata con una contingenza economica e sociale caratterizzata dagli effetti della globalizzazione della produzione e si è conclusa con la crisi innescata dai mercati finanziari mondiali.

Il sistema economico, produttivo e occupazione dell'Emilia-Romagna è stato investito dalle dinamiche internazionali, con conseguenze evidenti anche nell'ambito sociale.

La scelta fatta già nel 2004 dalla Regione assieme agli Enti locali e alle forze sociali con il Patto per lo sviluppo è stata quella di coniugare la competitività economica con la coesione sociale. Il *welfare* non è un costo, ma un investimento per sostenere il tessuto produttivo, che può esprimere maggiori potenzialità in un contesto caratterizzato da elevati livelli di istruzione, convivenza civile, benessere sociale e salute.

Per raggiungere questo obiettivo, è strategico che le istituzioni - Regioni ed Enti locali - condividano le loro politiche, integrando i diversi ambiti di intervento per rimuovere le cause che ostacolano il miglioramento della qualità della vita delle persone.

L'evoluzione del sistema regionale di *governance* del *welfare* si è quindi basata sulla messa a punto di strumenti di concertazione istituzionale e di programmazione, capaci di promuovere il confronto con le organizzazioni sociali e il Terzo settore e la più ampia convergenza possibile sulle scelte. La Cabina di Regia, la Conferenza sociale e sanitaria territoriale, il Comitato di Distretto, nelle diverse forme che può assumere, non sono autorevoli per il ruolo istituzionale che ricoprono (sono organismi che per lo più rappresentano forme associative prive di personalità giuridica), ma per le relazioni che costruiscono, per gli accordi che sono in grado di promuovere, per il consenso che riescono a raccogliere nei confronti dei programmi e degli indirizzi.

Nei cinque anni della legislatura regionale questa rete di organismi di *governance* ha realizzato obiettivi politici e amministrativi di innegabile rilievo: l'integrazione della programmazione sociale e sanitaria, l'organizzazione delle politiche sociali locali per ambiti distrettuali, la riforma delle IPAB con la costituzione delle ASP, l'introduzione del Fondo regionale per la non autosufficienza, la realizzazione del sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari.

Gli Enti locali e in particolare i Comuni hanno maturato un ruolo più significativo nella programmazione delle politiche integrate sociali e sanitarie. I soggetti privati e del Terzo settore interessati alla realizzazione della rete dei servizi sono stati valorizzati, non più come semplici produttori, ma come *partner* del sistema istituzionale, corresponsabili nel dare risposte appropriate ai bisogni sociali.

Le risorse del Fondo sociale locale e del Fondo regionale per la non autosufficienza sono state distribuite in maniera più equa, consentendo a tutti gli ambiti territoriali di assicurare ai cittadini un'offerta più omogenea di opportunità, condizione preliminare indispensabile per costruire concreti diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Anche se le legislazioni e le normative regionali della sanità e delle politiche sociali sono ancora distinte, attraverso il sistema di *governance* e di programmazione si è iniziato a integrare realmente la lettura del profilo delle comunità locali e a definire obiettivi coerenti e sinergici. Il sistema istituzionale è garante della disponibilità e della qualità degli interventi e dei servizi, separando le proprie funzioni di governo dalle funzioni di produzione, che possono essere realizzate dai soggetti gestori dei servizi accreditati.

La comunità regionale, grazie anche al patrimonio sociale e istituzionale che esprime, ha rafforzato la propria capacità di dare risposte più eque, appropriate, inclusive, e in questo modo ha creato le condizioni per sostenere la ripresa economica e occupazionale e per vincere le sfide future, poste dalle dinamiche demografiche, sociali e culturali.

# 1. La *governance* socio-sanitaria in Emilia-Romagna

## 1.1. Premessa

L'ambito regionale delle politiche sociali condivide con quello delle politiche per la salute organi e strumenti di *governance* e di programmazione. I due ambiti fanno però riferimento a legislazioni, norme e prassi specifiche. 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) sono nei fatti veri e propri "laboratori" per lo sviluppo degli strumenti di *governance* e di programmazione, orientati all'integrazione tra sociale e sanitario. Si può affermare che la programmazione gioca un ruolo centrale nel governo del sistema regionale e che essa è la forma e il risultato della *governance* multilivello, multicentrica e *multistakeholder* voluta dalla Regione (vedi in *Appendice 1*).

In ambito regionale il principale strumento di programmazione è il Piano sociale e sanitario regionale, di durata triennale. Quello attualmente in vigore è stato approvato con Delibera dell'Assemblea legislativa regionale n. 175/2008 e scade nel 2010.

Secondo lo stesso PSSR (Parte prima, paragrafo 3.1), completano la programmazione regionale:

- il Programma annuale regionale di ripartizione delle risorse del Fondo sociale regionale,
- le Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale,
- il Piano regionale per la prevenzione,
- il Programma annuale di ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza.

Nella prassi, i suddetti strumenti di programmazione continuano ad essere affiancati da atti di programmazione relativi a leggi di settore, orientati quindi a specifici ambiti tematici quali:

- il Programma regionale dipendenze patologiche - obiettivi per il triennio 2008-2010 (DGR 19/5/2008, n. 698);
- le Linee di indirizzo per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza (DGR 20/10/2008, n. 1690);
- il Programma 2009-2011 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri (Delibera Assemblea legislativa 16/12/2008, n. 206);
- il Piano attuativo salute mentale 2009-2011 (DGR 23/3/2009, n. 313).

In ambito intermedio, la programmazione si concretizza con l'Atto di indirizzo e coordinamento, di cui è parte fondamentale il Profilo di comunità.

In ambito distrettuale, sono strumenti di programmazione:

- il Piano triennale di zona per la salute e il benessere sociale,
- il Programma attuativo annuale.

**Tabella 1.** Schema degli strumenti di programmazione pluriennale utilizzati per le politiche sociali e sanitarie

	2008	2009	2010	2011	
--	------	------	------	------	--

**Previsti dal Piano sociale e sanitario regionale**

Piano sociale e sanitario regionale	X	X	X		programmi integrati socio-sanitari
Atti di indirizzo coordinamento delle CTSS		X	X	X	programmi integrati socio-sanitari
Piani triennale salute e benessere sociale		X	X	X	programmi integrati socio-sanitari

**Previsti da leggi di settore**

Programma regionale dipendenze patologiche	X	X	X		programmi integrati socio-sanitari
Programma integrazione cittadini stranieri		X	X	X	programmi sociali
Piano attuativo salute mentale		X	X	X	programmi sanitari

La *governance* è strettamente associata alla sussidiarietà. Anche questo termine può essere interpretato e declinato in modi diversi. In ogni caso, da quando è entrato nel lessico costituzionale con la riforma del Titolo V della Costituzione italiana del 2001, da esso non si può prescindere (Arena, 2005).

Semplificando, nel dibattito sulle politiche pubbliche si possono evidenziare due forme di sussidiarietà, alternative o complementari a seconda del punto di vista con cui le si tratta:

- quella verticale, inerente il rapporto istituzionale tra il centro e la periferia;
- quella orizzontale relativa al rapporto tra - e coinvolgimento di - attori non istituzionali appartenenti a un territorio.

La visione di sussidiarietà assunta dalla Regione intende comprenderle entrambe e tendenzialmente immagina una loro integrazione, ovvero non supremazia dell'una sull'altra ma complementarietà. Questa visione della sussidiarietà si traduce in un forte

ed esplicito coinvolgimento concertativo degli Enti locali e delle Parti sociali nei processi negoziali che portano alla definizione delle politiche regionali<sup>1</sup> e, a cascata, territoriali.

Al contempo i due luoghi-strumenti prioritari della sussidiarietà orizzontale - i Tavoli tematici presso gli Uffici di Piano e l'accreditamento dei servizi, il quale implicitamente sancisce la titolarità a partecipare alla programmazione territoriale - tendono di fatto a sviluppare un approccio produttivistico di questa sussidiarietà, almeno per quanto riguarda il sistema socio-sanitario regionale (Tomba, 2007a).

In sintesi, gli elementi cardine dello sviluppo del sistema di *governance* sono:

- forte rapporto Regione-Enti locali;<sup>2</sup>
- riconoscimento della funzione pubblica dei soggetti erogatori privati accreditati (in particolare Terzo settore).
- centralità degli Enti locali nella programmazione e realizzazione della rete territoriale;
- netta separazione tra governo (programmazione, regolazione, verifica dei risultati) e produzione dei servizi e delle prestazioni;
- centralità della programmazione partecipata e concertata con le parti sociali e con i produttori accreditati;
- rilevanza della dimensione distrettuale come ambito territoriale ottimale per la gestione associata delle funzioni di programmazione e gestione del sistema integrato.

---

<sup>1</sup> Ad esempio: Patto per la qualità dello sviluppo, la competitività, la sostenibilità ambientale e la coesione sociale in Emilia-Romagna del 18 febbraio 2004 a firma di AGCI Confcooperative ER, Legacoop ER, CNA, Confartigianato, Confesercenti, Cia, Coldiretti, Confagricoltura, Confindustria ER, Unionapi, Cispel, CGIL, CISL, UIL, Caler, Unioncamere, Giunta regionale ER.

<sup>2</sup> Solo per citare alcuni dei documenti o delle normative di particolare rilevanza: Protocollo di intesa fra l'Assessore alle Politiche sociali, l'Assessore alla sanità, i rappresentanti delle Associazioni regionali delle Autonomie locali e le Confederazioni sindacali CGIL, CISL, UIL dell'Emilia-Romagna, finalizzato al raggiungimento di obiettivi congiunti in ambito distrettuale sull'integrazione socio-sanitaria del 28 luglio 2003; DGR 2187/2005 Protocollo d'intesa RER Autonomie locali per Cabina di regia; Patto interistituzionale tra la RER e le Autonomie locali dell'Emilia-Romagna per l'autoriforma dell'amministrazione, la razionalizzazione delle funzioni e il riordino istituzionale del 10 dicembre 2007; LR n. 97 del 6 ottobre 2009 Istituzione del consiglio delle Autonomie locali.

## 1.2. Finalità e strategia del sistema regionale

Come afferma il PSSR 2008-2010, in ambito regionale la *governance* è il metodo di governo partecipato, il cui fine è la corresponsabilizzazione degli attori in rapporto all'universalismo dei diritti, all'equità di salute ed equità di accesso, all'appropriatezza delle prestazioni, al consenso, alla sostenibilità economica del sistema:

*Obiettivo del PSSR è di assicurare, nell'arco del triennio, a tutti i cittadini della Regione:*

- *il diritto all'accesso alla rete dei servizi e delle prestazioni sociali e socio-sanitarie;*
- *il diritto all'informazione e alla presa in carico;*
- *il diritto, nell'ambito della regolazione del sistema integrato e delle risorse finanziarie che lo sostengono, a un piano assistenziale individuale appropriato.*

*Per il perseguimento di tale obiettivo è essenziale:*

1. *la definizione di un sistema unificato di accesso ai servizi e agli interventi, che preveda criteri e modalità comuni. Questo richiede in particolare: [...]*
2. *La strutturazione del processo che, garantendo modalità di scambio di informazioni fra servizi renda più facilmente realizzabile la "continuità assistenziale"*
3. *La ri-programmazione periodica (annuale e poliennale) all'interno dei vari processi della pianificazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale. Questo comporta l'allestimento di un sistema informativo che fornisca a tutti gli attori che operano nelle ... e che devono assumere decisioni in riferimento ad esse, un quadro organico di elementi conoscitivi afferenti alle attività e alle dinamiche di costo. (PSSR 2008-2010, p. 23)*

e come strategia la costruzione di un sistema integrato:

*Nei confronti delle politiche sociali, territoriali ed economiche, il principio dell'integrazione, assume valore strategico sotto numerosi profili, in quanto:*

- *rappresenta la condizione necessaria per l'omogenea realizzazione e l'equa esigibilità dei diritti di cittadinanza in campo sociale e sanitario, in tutto il territorio regionale;*
- *favorisce lo sviluppo di processi innovativi nella organizzazione e nella gestione dei servizi e la creazione di nuove figure e competenze professionali, prefigurando una più elevata qualità ed efficacia dei servizi;*
- *permette di perseguire logiche di sistema consentendo la contemporanea valorizzazione dell'autonomia dei singoli soggetti, che rappresenta un contributo per lo sviluppo di una società più coesa, civile e dinamica;*
- *permette di coinvolgere, nel rispetto delle relative competenze, tutti i soggetti (Regione, Enti locali, strutture pubbliche, private profit e non-profit, associazioni, volontariato, forze sociali) che necessariamente e a vario titolo sono chiamati a svolgere un ruolo per l'affermazione dei diritti di cittadinanza (PSSR, p. 17).*

Questo sistema viene declinato in istituzionale, comunitario, gestionale, professionale:

*L'integrazione socio-sanitaria qualificata come un valore primario e, al contempo, obiettivo strategico del sistema regionale di welfare, deve essere perseguita a livello istituzionale, comunitario, gestionale e professionale, secondo specifiche modalità di promozione, attuazione e sviluppo ...*

- *L'integrazione istituzionale ... identifica, nell'ambito di una visione condivisa di forte cooperazione, le responsabilità coordinate o unitarie dei vari soggetti istituzionali presenti sul territorio: Comuni, Provincia, AUSL, esprimendosi attraverso le forme tipiche del provvedimento amministrativo. [...].*
- *L'integrazione comunitaria. Una delle fondamentali ragioni della necessità di costruire un welfare locale e di comunità è la stretta e peculiare combinazione fra politiche generali che incidono sulla qualità della vita quotidiana e condizionano la effettiva fruibilità dei servizi, quali ad esempio l'integrazione fra politiche sanitarie e sociali, di inserimento scolastico e lavorativo, urbanistiche e della casa, dei trasporti, ecc. Tali politiche hanno livelli diversi di determinazione i cui effetti finali convergono comunque a livello locale. Questo comporta la necessità di realizzare la attivazione della intera comunità locale (soggetti istituzionali, economici e sociali, a partire dal terzo settore) attorno alle politiche sociali e sanitarie, assumendo più puntuali e distinte responsabilità nelle specifiche fasi della programmazione, nella organizzazione e nella produzione di servizi.*
- *L'integrazione gestionale ... si realizza attraverso l'interazione dei soggetti istituzionali presenti in ambito distrettuale che si coordinano per realizzare la unicità gestionale dei fattori organizzativi e delle risorse, e che assicurano la costituzione e la regolazione del funzionamento delle reti dei servizi sanitari, socio sanitari e sociali.*
- *L'integrazione professionale ... realizza condizioni operative unitarie fra figure professionali diverse (sanitarie e sociali) sia attraverso la costituzione di equipe multiprofessionali, sia mediante l'erogazione congiunta di attività assistenziali ordinariamente afferenti a servizi sanitari, socio-sanitari e sociali. [...]*  
*L'integrazione professionale rappresenta anche l'opportunità per una partecipazione più motivata, consentendo agli operatori di rilevare il valore di ogni specifico apporto ed offrendo maggiore consapevolezza circa i processi di attività. L'integrazione professionale richiede tre condizioni di supporto:*
  - *la partecipazione delle figure professionali alla definizione delle linee organizzative e programmatiche dei servizi [...];*
  - *la predisposizione di un sistema informativo per la raccolta dei dati di attività e la registrazione delle variazioni nello status del bisogno, indispensabili per progettare e valutare i singoli processi assistenziali;*

- *la realizzazione di moduli formativi comuni cui partecipino operatori sanitari e sociali, appartenenti sia ai servizi dell'AUSL che a quelli degli Enti locali e che coinvolgano tanto il sistema dei produttori pubblici che quello dei produttori privati, profit e non profit.* (PSSR 2008-2010, pp. 21 e seguenti).

### **1.3. Le forme di partecipazione alle decisioni**

La Regione Emilia-Romagna esprime un complesso e articolato sistema di partecipazione alla decisione, dove funzioni prettamente politiche, o prettamente tecniche, o tutte insieme, con conseguenti competenze e responsabilità decisionali, realizzano la politica regionale socio-sanitaria. Particolarmente sentita è la necessità di rafforzare un percorso specifico di partecipazione per il Terzo settore, sostenendone l'organizzazione a livello regionale e provinciale in *forum* del Terzo settore. Le Organizzazioni sindacali, altro importante rappresentante degli interessi con cui la Regione ha stabilito modalità strutturate di confronto, hanno ottenuto - attraverso l'esperienza di programmazione realizzata nel corso dell'ultimo decennio - il rafforzamento di un percorso consolidato, trasversale tra i diversi ambiti, di concertazione sulla programmazione socio-sanitaria.

Le forme di partecipazione decisionale, e gli atti che queste producono o che da queste sono prodotti attraverso l'azione di *governance* (normativi, amministrativi, negoziali, pareri tecnici, ecc.), sono molteplici.

La Legge regionale n. 19/1994 sul riordino del Servizio sanitario regionale dichiara che:

*La Regione assicura e garantisce la partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini nella fruizione dei servizi sanitari. [...] La Regione promuove la consultazione dei cittadini e delle loro libere associazioni, e in particolare delle organizzazioni del volontariato e di quelle per la tutela dei diritti dei cittadini, sugli schemi dei provvedimenti regionali di carattere generale concernenti il riordino e la programmazione dei servizi, nonché le modalità di verifica dei risultati conseguiti.*

La Legge regionale n. 2/2003 di riforma del *welfare* regionale

*riconosce, promuove e sostiene: [...] la partecipazione attiva dei cittadini, delle organizzazioni di rappresentanza sociale, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti, assumendo il confronto e la concertazione come metodo di relazione con le organizzazioni sindacali (art. 2).*

inoltre

*La Regione e gli Enti locali riconoscono il ruolo e la rilevanza sociale ed economica delle espressioni di auto-organizzazione della società civile in ambito sociale, con particolare riferimento alle organizzazioni di volontariato, alle cooperative sociali, alle associazioni di promozione sociale (art. 20).*

La Delibera dell'Assemblea legislativa n. 175/2008 ("Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010") affronta il tema con più ampio respiro. La partecipazione e la responsabilità sociale sono assunti come fattori di coesione sociale. Il Piano riprende anche in maniera



organica il tema della partecipazione dei cittadini e delle loro rappresentanze nel processo di programmazione. L'esperienza dei Piani di zona, emblematica da questo punto di vista, ha sedimentato nel tempo strumenti e modalità di partecipazione.

Il Piano affronta inoltre l'intreccio tra comunicazione e partecipazione in due direzioni:

- la partecipazione dei cittadini nella valutazione dei servizi, soprattutto per l'ambito sanitario;
- la partecipazione dei cittadini "competenti" nelle scelte per la salute e nella programmazione sociale e sanitaria.

La Delibera di Giunta n. 1682/2008 in attuazione del Piano fornisce indirizzi per la programmazione di ambito distrettuale e linee guida per la partecipazione del Terzo settore. Un ruolo significativo di organizzazione della partecipazione è affidato all'Ufficio di Piano. L'atto contiene un significativo contributo nella esplicitazione delle modalità con cui assicurare la partecipazione del Terzo settore ai processi di programmazione. L'allegato B alla deliberazione contiene in particolare specifiche linee guida.

In sintesi, una classificazione delle diverse forme di partecipazione si può definire a seconda:

- del tipo di atto (norma, delibera, determina);
- delle caratteristiche dei soggetti coinvolti (rappresentanti di enti e/o organismi; tecnici funzionari degli Enti regionali, locali, di rappresentanza degli interessi; professionisti competenti nelle tematiche trattate);
- della funzione svolta dagli organismi (concertazione degli indirizzi e delle scelte, supporto alla rappresentanza o dirigenza, elaborazione metodi e/o contenuti di intervento).

Le tabelle che seguono, che dettagliano quanto stabilito dalla normativa attraverso gli atti amministrativi, sono state compilate attraverso la consultazione dei siti *web* della Regione. Offrono una ricognizione, probabilmente parziale ma pur sempre significativa, della situazione a livello regionale.<sup>3</sup> Le duplicazioni sono determinate dal fatto che per una stessa realtà ci possono essere più denominazioni o che essa svolga più funzioni contemporaneamente. La classificazione è di tipo nominalistico, e ciò comporta la necessità di verificare se gli atti definiti nello stesso modo siano o meno omogenei.

---

<sup>3</sup> Si tratta peraltro e ovviamente di una situazione in costante movimento, come conferma il Regolamento regionale 23 aprile 2009 n. 2 "Regolamento di semplificazione delle Commissioni e di altri organismi collegiali operanti in materia sanitaria e sociale in attuazione dell'art 8 della Legge regionale 19 febbraio 2008 n. 4.

### ***Organismi di rappresentanza politico-istituzionale***

---

<b>Conferenze</b>	Conferenza regionale del Terzo settore Comitato istituzionale di gestione e attuazione dell'Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari
<b>Comitati</b>	Comitato regionale di coordinamento ai sensi del DPCM 21/12/2007 "Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro" Comitato regionale per la qualità dalla parte del cittadino
<b>Cabine di regia</b>	Cabina di regia regionale sulle politiche sociali, sanitarie e di integrazione socio-sanitaria
<b>Consulte</b>	Consulta regionale sul Servizio civile Consulta enti ausiliari per persone dipendenti da sostanze d'abuso Consulta regionale per la salute mentale Consulta regionale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati Consulta regionale per le politiche a favore dei disabili
<b>Commissioni e Gruppi tecnici</b>	Gruppo tecnico misto PAR Commissione paritetica regionale - Coordinamento degli enti

---

### ***Organismi tecnici di supporto agli organismi di rappresentanza***

---

<b>Comitati</b>	Comitato tecnico-scientifico della Cabina di regia regionale per le politiche sanitarie Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari al cittadino
<b>Coordinamenti</b>	Coordinamento regionale per l'adozione
<b>Nucleo di valutazione</b>	Nucleo di valutazione dei servizi sperimentali socio-educativi
<b>Commissioni</b>	Commissione di coordinamento dei servizi sociali territoriali e dei servizi sociali di giustizia minorile Commissione paritetica regionale - Coordinamento degli enti ausiliari per persone dipendenti da sostanze d'abuso Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita Commissione consultiva tecnico-scientifica per gli interventi di prevenzione e lotta contro l'AIDS Commissione consultiva sulla cooperazione sociale
<b>Gruppi tecnici</b>	Gruppo tecnico misto per l'attuazione del piano di azione regionale sugli anziani (PAR) Comitato tecnico di coordinamento del progetto "Oltre la strada" Gruppo di lavoro per la programmazione dettagliata delle azioni descritte nel progetto "La sicurezza di genere"

---

### ***Organismi tecnici di supporto alla dirigenza assessoriale***

---

<b>Comitati</b>	Comitato istituzionale di gestione e attuazione dell'Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari Comitato direttivo di progetto del percorso operativo per il progetto di introduzione controllata del trattamento radioterapico intraoperatorio (IORT) Comitato regionale di coordinamento ai sensi del DPCM 21/12/2007 "Coordinamento delle attività di prevenzione e vigilanza in materia di salute e sicurezza sul lavoro"
<b>Coordinamenti</b>	Coordinamento regionale per l'adozione Coordinamento regionale per le emergenze veterinarie epidemiche
<b>Nucleo di valutazione</b>	Nucleo di valutazione dei servizi sperimentali socio-educativi
<b>Commissioni</b>	Commissione farmaceutica regionale di cui all'art. 11 del DPR 8 luglio 1988, n. 371
<b>Gruppi tecnici</b>	Gruppo di coordinamento/monitoraggio del Programma regionale "Dipendenze patologiche" Gruppo tecnico consultivo regionale sulle tossicodipendenze Comitato tecnico di coordinamento del progetto "Oltre la strada" Gruppo strategico per supportare la funzione di governo dell'ICT nel settore della sanità e delle politiche sociali Gruppo di lavoro in tema di acquisto di beni e servizi Unità di crisi regionale in caso di emergenza veterinaria epidemica Comitato tecnico-consultivo in materia di compartecipazione al costo dei servizi

---

### ***Organismi professionali di elaborazione-approfondimento tematico***

---

Gruppo tecnico consultivo regionale sulle tossicodipendenze  
Gruppo di lavoro "Piano attuativo salute mentale - area interventi precoci"  
Gruppo di lavoro "Piano attuativo salute mentale - area emergenza-urgenza"  
Gruppo di lavoro "Piano attuativo salute mentale - area case management"  
Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita  
Gruppo di lavoro sul percorso nascita su "sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto"  
Commissione tecnico-scientifica per la prevenzione e la lotta all'AIDS  
Gruppo strategico per supportare la funzione di governo dell'ICT nel settore della sanità e delle politiche sociali  
Gruppo di lavoro "Sorveglianza e prevenzione dell'obesità"  
Tavolo regionale per i disturbi del comportamento alimentare (DCA)  
Gruppo di lavoro "Catalogo regionale specialistica ambulatoriale"  
Gruppo di lavoro in tema di acquisto di beni e servizi  
Gruppo tecnico di lavoro "Monitoraggio dell'assistenza del paziente con trauma grave"  
Comitato consultivo regionale di cui all'art. 25 dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni ed altre professionalità (biologi, chimici e psicologi)

---

### ***Coordinamenti organizzativi intra-regionali***

Sempre a livello regionale, sul piano tecnico sono da evidenziare gli strumenti di coordinamento interno interassessorile.

È evidente che solo una *governance* capace di promuovere la necessaria e positiva interazione tra queste diverse articolazioni può permettere il governo integrato di un sistema "chiamato ad essere integrato".

---

Gruppo di coordinamento interassessorile per l'attuazione del piano di azione regionale per gli anziani (PAR)  
Coordinamento regionale unitario per l'integrazione delle politiche rivolte ai giovani e delle politiche per l'infanzia e l'adolescenza  
Gruppo tecnico per l'integrazione intersettoriale a sostegno delle politiche regionali per l'infanzia e l'adolescenza  
Gruppo di lavoro interassessorile per la predisposizione ed il monitoraggio del programma triennale per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri  
Gruppo di lavoro interdirezionale relativamente all'applicazione del programma assistenziale a favore di cittadini stranieri, di cui alla Legge n. 449/1997  
Gruppo interdirezionale contrasto alla violenza contro le donne psichica, fisica intra ed extra-familiare  
Gruppo di lavoro per la predisposizione di un piano di diffusione delle informazioni attinenti l'indagine multiscopo sulle famiglie

---

## **Atti**

Dal punto di vista amministrativo gli atti che rendono possibile al sistema di operare secondo logiche di *governance* sono molteplici.

---

<b>Accordi</b>	<p>Accordo di programma per il piano sociale di zona</p> <p>Accordo regionale per la definizione di tariffe agevolate di abbonamento annuale di trasporto a favore di disabili e anziani per il triennio 2008-2010</p> <p>Accordo generale per il triennio 2007-2009 con il Coordinamento Enti ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso</p> <p>Accordo di collaborazione con il Ministero della salute per la realizzazione del progetto "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale"</p> <p>Accordo di programma tra Regione Emilia-Romagna e Ministero della sanità di concerto con il Ministero del tesoro per il settore degli investimenti sanitari e socio-sanitari</p> <p>Accordo di programma integrativo per il settore degli investimenti sanitari</p> <p>Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e l'Associazione di volontariato Città meticcica di Ravenna per la realizzazione delle misure di accompagnamento delle azioni progettuali a favore di tutta la rete regionale del progetto "Oltre la strada"</p> <p>Accordo per l'attivazione di interventi, iniziative ed azioni finalizzati alla realizzazione delle indicazioni art. 1 c. 1250 e 1251 Legge n. 296/2007 ("Fondo per le politiche della famiglia")</p> <p>Accordo quadro fra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Marche per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale 2006-2008</p> <p>Accordo quadro fra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Veneto per la gestione della mobilità sanitaria per le prestazioni di ricovero ospedaliero e di specialistica ambulatoriale</p>
<b>Protocolli d'intesa</b>	<p>Protocollo d'intesa per lo sviluppo del sistema di welfare regionale</p> <p>Protocollo d'intesa per consolidare la struttura distrettuale e l'integrazione socio-sanitaria</p> <p>Protocollo d'intenti sul delegato sociale</p> <p>Protocollo d'intesa per l'integrazione tra attività assistenziali, scientifiche e formative in ambito sanitario</p> <p>Protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e Sindacati Regionali Pensionati</p> <p>Protocollo di intesa tra Regione Emilia-Romagna e le Associazioni Pensionati del lavoro autonomo aderenti al Cupla</p> <p>Protocollo d'intesa per interventi rivolti ai minori imputati di reato e adulti sottoposti a pene detentive</p>

<i>continua</i>	Protocollo operativo per il coordinamento degli interventi rivolti ai minori imputati di reato
<i>Protocolli d'intesa</i>	Protocollo d'intesa per l'adozione
	Protocollo d'intesa per la realizzazione del progetto "Saving the children - La medicina al servizio della pace" con il Centro Peres per la pace
	Protocollo d'intesa per richiedenti asilo e rifugiati
	Protocollo d'intesa sull'immigrazione straniera
	Protocollo d'intesa sul Centro regionale contro le discriminazioni
	Protocollo d'intesa sulla comunicazione interculturale
	Protocollo d'intesa con il Ministero della solidarietà sociale e la Regione Emilia-Romagna per la realizzazione di progetti di prevenzione delle dipendenze
	Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Ministero della salute per la sottoscrizione dell'Accordo di programma stralcio per l'ampliamento e la ristrutturazione del pronto soccorso dell'Azienda ospedaliera di Parma.
	Protocollo d'intesa sul tema della violenza contro le donne
	Protocollo d'Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Comune di Ravenna per la realizzazione del progetto "La sicurezza di genere"
	Intesa tra RER e Poste italiane per l'affidamento da parte delle Aziende sanitarie di servizi aggiuntivi per la semplificazione dell'accesso a prestazioni specialistiche ambulatoriali
	Protocollo d'intesa per definire i rapporti tra Regione e INAIL
	Protocollo d'intesa tra Regione Emilia-Romagna e Agrea per la gestione integrata dei procedimenti amministrativi di rispettiva competenza finalizzati all'adempimento di obblighi comunitari
	Protocollo d'intesa territoriale per lo sviluppo di attività di trattamento dei RAEE rivolta all'area dell'esecuzione penale
	Protocollo di Intesa per supportare la Provincia autonoma di Trento - Assessorato alle politiche per la salute nel programma di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria
	Intesa fra Regione Emilia-Romagna, ANCI-Emilia-Romagna, Upi Emilia-Romagna, Legautonomie - Emilia-Romagna con la Federazione italiana scuole materne dell'Emilia-Romagna (FISM) per la costruzione di un sistema integrato di scuole materne pubbliche e private senza fini di lucro
	Intesa fra Regione Emilia-Romagna, ANCI-ER, Upi ER, Legautonomie - ER con ARER Ipab dell'ER, Confcooperative dell'ER e Legacoop-ANCST dell'ER per la costruzione di un sistema integrato di scuole materne pubbliche e private senza fini di lucro
	Intesa tra Ufficio scolastico regionale e Regione Emilia-Romagna per la programmazione e la gestione complessiva delle sezioni per bambini tra due e tre anni in attuazione dell'accordo quadro sancito in conferenza unificata il 20 marzo 2008

<b>Convenzioni</b>	Convenzione tra la Regione Emilia-Romagna e l'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia - Dipartimento di Scienze giuridiche, ai fini della realizzazione di un laboratorio su "Forme di discriminazione, istituzione e azioni positive" volto a promuovere le politiche di pari opportunità
	Convenzione con il Ministero della salute per la realizzazione dell'Osservatorio nazionale per la valutazione e il monitoraggio delle applicazioni e-care

---

### ***Sedi di concertazione con il Terzo settore***

Significativo infine, dentro il quadro qui delineato, è il sistema di coinvolgimento del Terzo settore, articolato in molteplici sedi di concertazione regionali.

---

<b>Consulta regionale per le politiche a favore delle persone disabili</b>	LR n. 29/1997	<ul style="list-style-type: none"><li>- esprimere pareri e valutazioni sui programmi e le politiche regionali per i problemi della disabilità, nonché sugli atti relativi alla stessa materia, nei casi previsti dalla legislazione vigente e ogni qualvolta richiesto dai competenti organi o dalla Consulta stessa</li><li>- proporre modifiche e adeguamenti della normativa</li><li>- promuovere indagini, ricerche, studi e iniziative di interesse regionale finalizzati a una sempre maggiore qualificazione e integrazione degli interventi nei confronti dei disabili</li></ul>
<b>Conferenza regionale del Terzo settore</b>	LR n. 3/1999	<ul style="list-style-type: none"><li>- confronto e la concertazione tra la Giunta regionale e gli Enti, gli organismi e le associazioni rappresentativi del Terzo settore</li></ul>
<b>Consulta regionale per il servizio civile</b>	DAL n. 114/2003	<ul style="list-style-type: none"><li>- formulare proposte in ordine al documento di programmazione triennale regionale del servizio civile</li><li>- esprimere pareri e proposte alla Regione, anche al fine della loro presentazione alla struttura statale competente in materia di servizio civile, in ordine al miglioramento del servizio civile nel territorio regionale, tenuto conto degli esiti delle verifiche previste dalla legge</li><li>- presentare all'Assessore regionale competente la proposta di programma e il documento preparatorio della Conferenza regionale sul servizio civile</li></ul>



<i>continua</i> <i>Consulta regionale</i> <i>per il servizio civile</i>		<ul style="list-style-type: none"><li>- formulare proposte in ordine al previsto parere regionale sulla programmazione annuale del servizio civile</li><li>- formulare proposte alla Regione in ordine all'adeguamento e all'applicazione del piano annuale attuativo regionale</li></ul>
<b>Conferenza regionale del volontariato</b>	LR n. 12/2005	<ul style="list-style-type: none"><li>- confronto e verifica sulle politiche di interesse per il volontariato. La Conferenza è costituita dalle organizzazioni di volontariato iscritte nel registro regionale o in quelli provinciali</li></ul>
<b>Commissione paritetica per il monitoraggio dell'accordo tra Regione e Coordinamento degli Enti ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso</b>	DGR n. 1005/2007	<ul style="list-style-type: none"><li>- monitorare l'accordo tra Regione e Coordinamento degli Enti ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso</li></ul>
<b>Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita</b>	Regolamento regionale n. 2/2009	<ul style="list-style-type: none"><li>- valutare la qualità dell'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio, relativamente a tempestività di accesso ai servizi, continuità dell'assistenza, appropriatezza delle procedure, stato di salute della donna e del bambino, gradimento espresso dalle donne riguardo alle diverse modalità assistenziali e di espletamento del parto</li><li>- valutare la qualità delle informazioni ricevute dalle donne relative al percorso nascita e alla scelta dei modi e dei luoghi del parto</li><li>- monitorare le modalità dei parti avvenuti nel territorio regionale</li><li>- valutare i costi derivanti dalle diverse tipologie del parto nelle Aziende sanitarie</li><li>- elaborare i protocolli relativi all'attuazione delle più appropriate ed efficaci modalità organizzative per l'assistenza ostetrica e perinatale</li></ul>

<b>Commissione consultiva tecnico-scientifica per gli interventi di prevenzione e lotta contro l'AIDS</b>	Regolamento regionale n. 2/2009	<ul style="list-style-type: none"><li>- assistere la Giunta regionale nel perseguimento degli obiettivi individuati dalla LR n. 25/1988 ("Programma regionale degli interventi per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS")</li></ul>
<b>Commissione per l'addestramento al trattamento domiciliare delle malattie emorragiche congenite</b>	Regolamento regionale n. 2/2009	<ul style="list-style-type: none"><li>- determinare il programma teorico-pratico dei corsi di formazione e addestramento e delle relative modalità di svolgimento</li><li>- ammettere al corso il paziente o il suo assistente o entrambi, previo accertamento della loro idoneità psicofisica all'addestramento e alla pratica della auto-infusione o dell'infusione certificata dal medico di medicina generale; e della diagnosi di malattia emorragica congenita del paziente</li><li>- verificare collegialmente, al termine del corso, l'idoneità del paziente o del suo assistente ad effettuare l'auto-infusione o l'infusione</li></ul>
<b>Commissione consultiva sulla cooperazione sociale</b>	Regolamento regionale n. 2/2009	<ul style="list-style-type: none"><li>- definire ed esaminare i provvedimenti programmatori relativi alle politiche e ai settori di interesse della cooperazione sociale</li><li>- individuare specifici strumenti e modalità organizzative adatti al raggiungimento degli obiettivi programmati</li><li>- definire provvedimenti relativi alla gestione dell'Albo regionale delle cooperative sociali</li><li>- definire provvedimenti concernenti criteri e proposte per la concessione di contributi alle cooperative sociali previsti dalla normativa regionale vigente</li><li>- monitorare sul rapporto pubblico - privato sociale e sulle attività della cooperazione sociale nel territorio regionale</li></ul>

**Consulta regionale  
salute mentale**

Piano attuativo  
salute mentale  
2009-2011

- esprimere valutazioni e proposte alla Direzione generale Sanità e politiche sociali in ordine a:
    - attuazione di provvedimenti regionali e nazionali aventi ad oggetto la tematica specifica
    - organizzazione delle strutture afferenti ai Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche
    - miglioramento della qualità dei servizi erogati dai Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche
  - svolgere funzioni di raccordo tra livello regionale e organismi partecipativi istituiti a livelli aziendali nell'area della salute mentale finalizzate, in particolare, a raccogliere e fornire informazioni sulle specifiche aree di attività
  - predisporre un rapporto annuale sulle attività e le iniziative realizzate
  - monitorare la realizzazione del piano attuativo
-

## 1.4. L'articolazione del processo programmatico

Per quanto riguarda la programmazione, la *governance* accompagna l'intero processo (indirizzo, programmazione, progettazione, attuazione, valutazione) del *welfare* sociale, socio-sanitario e sanitario.

Programmazione e conseguenti forme di *governance* si differenziano in base ai diversi livelli amministrativo-territoriali. Per meglio comprendere questo complesso sistema è opportuno evidenziare gli strumenti, gli organismi, le dinamiche, i supporti tecnici, i coordinamenti organizzativi intra-regionali, gli osservatori.

### **Strumenti**

Come già sottolineato, secondo il Piano sociale e sanitario regionale il ciclo programmatico si basa sui seguenti strumenti.

<b>Livello</b>	<b>Strumenti pluriennali</b>	<b>Strumenti annuali</b>
<b>regionale</b>	Piano regionale sociale e sanitario Piano regionale per la prevenzione	Programma annuale regionale di ripartizione delle risorse del Fondo sociale regionale Linee annuali di programmazione e finanziamento del SSR Programma annuale di ripartizione del Fondo regionale per la non autosufficienza
<b>intermedio (AUSL)</b>	Atto di indirizzo e coordinamento, che comprende anche il Profilo di comunità	
<b>distrettuale/ zonale</b>	Piano triennale di zona per la salute e il benessere sociale	Programma attuativo annuale, comprensivo del Piano attuativo territoriale per le attività sanitarie

### **Organismi**

A livello regionale l'organismo che ha il compito di coordinare e integrare Regione e sistema delle Autonomie locali in materia di programmazione delle politiche sociali e sanitarie e che supporta le funzioni degli Organi statuari della Regione, è la Cabina di regia. A livello intermedio, in stretto rapporto con i compiti attribuiti dal PSSR 2008-2010 alle Province - coordinamento politiche sociali e integrazione tra queste e altre politiche - l'organo più specificatamente finalizzato al governo socio-sanitario è la Conferenza territoriale sociale e sanitaria. A livello distrettuale, l'organismo di riferimento è il Comitato di Distretto, con compiti di programmazione, normazione e committenza. Le funzioni del Comitato di Distretto possono essere assunte dagli Organi delle forme associative dei Comuni per l'ambito distrettuale (ad esempio dalle Giunte delle Unioni dei Comuni o delle Comunità montane).

<b>Ambito</b>	<b>Strumento</b>	<b>Composizione</b>	<b>Funzioni</b>
<b>regionale</b>	Cabina di regia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assessori regionali alle politiche per la salute e alla promozione delle politiche sociali,</li> <li>- Presidenti delle CTSS, Sindaci dei Comuni capoluogo di Provincia, Presidenti delle Province nel caso non siano Presidenti delle CTSS - o loro delegati</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- confronto, coordinamento e integrazione tra la Regione e il sistema delle Autonomie locali, in materia di politiche sanitarie e sociali</li> <li>- attività di impulso, proposta, valutazione e supporto all'attività istruttoria propedeutica alla formazione delle decisioni della Giunta regionale e/o degli Assessori competenti in materia</li> </ul>
<b>intermedio (AUSL)</b>	Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS)	<p>Presidente della Provincia, Sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale dell'AUSL, Rettore dell'Università (limitatamente alle materie di interesse)- o loro delegati</p> <p>Partecipa alle sedute il Direttore generale dell'Azienda USL</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- indirizzo per la programmazione del sistema sociale integrato e del sistema sanitario</li> <li>- funzioni consultive su atti delle Aziende sanitarie</li> <li>- promozione dell'integrazione tra le politiche, della partecipazione e della salute</li> <li>- funzioni di verifica sul funzionamento delle Aziende sanitarie e della rete dei servizi</li> </ul>
<b>distrettuale/ zonale</b>	Comitato di Distretto	<p>Sindaci dei Comuni dell'ambito distrettuale - o loro delegati, oppure organo della forma associativa dei Comuni per l'ambito distrettuale</p> <p>Partecipa alle sedute il Direttore di Distretto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- programmazione</li> <li>- regolazione e verifica</li> <li>- definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa</li> <li>- monitoraggio della costituzione delle ASP</li> <li>- funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale</li> <li>- committenza</li> </ul>

### **Supporti tecnici**

Nel processo programmatico assumono rilievo, con importanti conseguenze per la *governance*, i supporti tecnici agli organi politico-istituzionali:

- a livello regionale, lo strumento specifico di supporto per gli ambiti sociale e sanitario è il Comitato tecnico scientifico della Cabina di regia, che predispone documenti e relazioni sui temi trattati dalla Cabina medesima. Recentemente è stata istituita l'Area Innovazione sociale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale, con compiti di studio, ricerca e formazione;
- a livello intermedio le funzioni tecnico-amministrative sono svolte dall'Ufficio di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria;
- a livello distrettuale lo strumento di supporto al Comitato di Distretto è l'Ufficio di Piano, costituito per il tramite di una convenzione tra i Comuni dell'ambito distrettuale e l'Azienda USL.

<b>Ambito</b>	<b>Supporto tecnico</b>	<b>Composizione</b>	<b>Funzioni</b>
<b>regionale</b>	Comitato tecnico scientifico della Cabina di regia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Direttore generale Sanità e politiche sociali della Regione</li> <li>- Direttore dell'Agenzia sanitaria regionale o suo delegato;</li> <li>- coordinatore regionale dell'Area sanità della Direzione generale Sanità e politiche sociali</li> <li>- coordinatore regionale dell'Area servizi sociali della Direzione generale Sanità e politiche sociali</li> <li>- fino a un massimo di cinque esperti in politiche sanitarie e sociali, designati di concerto dagli Assessori regionali competenti</li> <li>- fino a un massimo di dieci esperti in politiche sanitarie e sociali, designati dal CRAL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- funzione consultiva, di proposta e di supporto alla Cabina di regia</li> <li>- predisposizione di documenti e relazioni sui temi specifici trattati</li> <li>- proposta di costituzione di gruppi di lavoro, individuandone la composizione e definendone gli scopi e la durata</li> </ul>

*(continua)*

<b>Ambito</b>	<b>Supporto tecnico</b>	<b>Composizione</b>	<b>Funzioni</b>
<b>intermedio (AUSL)</b>	Ufficio di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria	La costituzione dell'Ufficio avviene sulla base di specifici accordi tra gli Enti interessati, attraverso la valorizzazione e l'efficace ed efficiente organizzazione delle competenze professionali e delle risorse tecniche già disponibili presso gli enti che partecipano alla Conferenza, con particolare riferimento alla Provincia e all'Azienda USL.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- supporto all'attività di indirizzo e verifica delle CTSS</li> <li>- promozione, raccordo e coordinamento, anche rispetto agli ambiti distrettuali</li> <li>- supporto alle iniziative di comunicazione e partecipazione politica</li> <li>- funzioni di segreteria</li> </ul>
<b>distrettuale/ zonale</b>	Ufficio di Piano	I Comuni e l'Azienda USL, sulla base di una specifica convenzione, assicurano all'Ufficio di Piano una dotazione di risorse professionali e finanziarie adeguate - per qualità, dimensione e continuità - ai compiti affidati e al modello organizzativo individuato.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione</li> <li>- attività istruttoria per la definizione di regolamenti distrettuali</li> <li>- attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento</li> <li>- attività istruttoria e di monitoraggio per la costituzione delle ASP</li> <li>- azioni di impulso e di supporto alla verifica delle attività attuative della programmazione</li> </ul>

### ***Osservatori regionali***

Nel quadro dei supporti tecnici "a rilievo di *governance*" risultano particolarmente significativi gli Osservatori regionali e di livello intermedio. A livello regionale, abbiamo quello delle tossicodipendenze, dell'associazionismo di promozione sociale, del fenomeno migratorio, del volontariato, dell'infanzia e dell'adolescenza, i cui compiti sono riassunti nella tabella sottostante.

Osservatorio	Presentazione	Compiti
<b>Osservatorio regionale per le tossicodipendenze</b> DGR n. 722/1995	<p>Con il Progetto regionale tossicodipendenze (DGR n. 722/1995) viene istituito in ogni Azienda USL un Osservatorio sulle tossicodipendenze, collocato all'interno del SerT e coordinato da un sociologo. La <i>mission</i> è quella di fornire informazioni obiettive, affidabili e comparabili sulle droghe e sui problemi correlati alle dipendenze. Il coordinamento delle attività degli Osservatori aziendali viene posto a capo dell'Ufficio regionale tossicodipendenze, attraverso la costituzione di un Osservatorio regionale. Nel corso degli anni le competenze degli Osservatori aziendali si sono ampliate, approfondendo da un lato gli aspetti della ricerca epidemiologica e della ricerca psico-sociale, dall'altro la partecipazione al coordinamento dei Servizi nei rispettivi ambiti territoriali (Staff Direzione Dipartimento dipendenze e AUSL, Coordinamenti tecnici territoriali lotta alla droga). In ambito regionale gli Osservatori sono stati coinvolti direttamente nell'attività sperimentale degli strumenti di valutazione di esito (DGR n. 1905/1997) e nella definizione di un profilo di qualità dei servizi. Il Programma regionale dipendenze (DGR n. 698/2008) stabilisce quale obiettivo strategico degli Osservatori quello di estendere e potenziare le funzioni informative, rispondendo ai bisogni espressi da Servizi sanitari sociali e sanitari, Enti locali, Uffici dei Piani di zona distrettuali, strutture del privato sociale accreditate. Essi svolgono attività di ricerca, alimentazione e gestione del sistema informativo sulle dipendenze, valutazione di esito e di prodotto.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aumentare la conoscenza circa aspetti, modi e forme in cui si modificano uso, abuso, dipendenze, sostanze stupefacenti</li> <li>- fornire indicatori per la programmazione della rete dei servizi</li> <li>- valutare i risultati dei trattamenti e dei progetti</li> <li>- supportare i SerT nel monitoraggio del sistema qualità (sviluppo indicatori e standard di prodotto)</li> </ul>

(continua)



<b>Osservatorio</b>	<b>Presentazione</b>	<b>Compiti</b>
<b>Osservatorio regionale associazionismo di promozione sociale</b> LR n. 34/2002	La normativa di riferimento istituisce questo Osservatorio quale sezione speciale della Conferenza regionale sul Terzo settore, la quale propone alla Giunta la composizione e le modalità di funzionamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>- analizzare le necessità del territorio e le priorità di intervento</li> <li>- favorire la conoscenza e la circolazione di esperienze, raccogliere dati, documenti e testimonianze riguardanti le attività di promozione sociale</li> <li>- promuovere - direttamente o in collaborazione con gli Enti locali e con le associazioni di promozione sociale iscritte nei registri regionale e provinciali - iniziative di studio e di ricerca ai fini della promozione e dello sviluppo delle attività di promozione sociale</li> <li>- formulare proposte operative in materia di promozione sociale</li> </ul>
<b>Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio</b> LR n. 5/2004	L'Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio opera in raccordo con gli altri strumenti regionali di osservazione del mercato del lavoro e con la Commissione regionale tripartita	<ul style="list-style-type: none"> <li>- predisporre un rapporto annuale sulla presenza degli stranieri, contenente anche l'analisi dell'evoluzione del fenomeno migratorio</li> <li>- raccogliere ed elaborare in raccordo con analoghi Osservatori di ambito locale, dati e informazioni utili nell'attività di monitoraggio dei flussi migratori e della condizione degli stranieri presenti sul territorio regionale, con particolare riguardo alla valutazione delle politiche regionali e locali per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri</li> <li>- svolgere attività di stima dei fabbisogni lavorativi, sentite le parti sociali e gli Enti locali, ai fini di una corretta programmazione delle politiche di accoglienza, nonché della indicazione annuale delle quote necessarie al proprio territorio, con riferimento al triennio successivo</li> </ul>

*(continua)*

<b>Osservatorio</b>	<b>Presentazione</b>	<b>Compiti</b>
<i>continua Osservatorio regionale sul fenomeno migratorio LR n. 5/2004</i>		<ul style="list-style-type: none"><li>- svolgere attività di osservazione e monitoraggio, per quanto di competenza e in raccordo con le Prefetture</li></ul>
<b>Osservatorio regionale del volontariato</b> LR n. 12/2005	Anche l'Osservatorio regionale del volontariato è una sezione speciale della Conferenza regionale del Terzo settore ed è sottoposto alle stesse procedure del precedente	<ul style="list-style-type: none"><li>- analizzare le necessità del territorio e le priorità di intervento</li><li>- favorire la conoscenza e la circolazione di esperienze, raccogliere dati, documenti e testimonianze riguardanti le attività di volontariato</li><li>- promuovere - direttamente o in collaborazione con gli Enti locali e con le organizzazioni di volontariato - iniziative di studio e di ricerca ai fini della promozione e dello sviluppo delle attività di volontariato</li><li>- adottare iniziative di proposta, di impulso, di sensibilizzazione e di verifica in materia di volontariato</li><li>- assicurare il rapporto e il confronto con i Comitati paritetici provinciali e con il Comitato di gestione, fornendo indicazioni e suggerimenti per la loro attività</li><li>- supportare la Conferenza regionale del Terzo settore nell'individuazione delle problematiche di rilievo da sottoporre all'attenzione della Conferenza regionale del volontariato e alla discussione a livello provinciale</li></ul>

*(continua)*

Osservatorio	Presentazione	Compiti
<b>Osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani</b> LR n. 14/2008	L'Osservatorio regionale per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani ha come fine quello di fornire un impianto certo e coordinato di conoscenze sulla reale condizione delle nuove generazioni in Emilia-Romagna. È articolato in due sezioni dedicate rispettivamente all'infanzia e all'adolescenza, in ottemperanza alle disposizioni della normativa nazionale (Legge n. 451/1997 "Istituzione della Commissione parlamentare per l'infanzia e dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia"; DPR n. 103/2007 "Regolamento recante riordino dell'Osservatorio nazionale per l'infanzia e l'adolescenza e del Centro nazionale di documentazione e di analisi per l'infanzia"), e ai giovani. Ciascuna sezione afferisce all'Assessorato di riferimento. Al contempo, ai suoi lavori concorrono tutti gli Assessorati, le Agenzie e gli istituti regionali che, a qualsiasi titolo, si occupano di infanzia, adolescenza, famiglie e giovani, nonché gli Enti territoriali, le Amministrazioni dello Stato e, previo accordo, le magistrature minorili.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- raccogliere, analizzare e restituire i flussi informativi su infanzia, adolescenza e giovani provenienti da soggetti istituzionali e dal Terzo settore</li> <li>- realizzare mappe aggiornate dei servizi pubblici e privati e delle risorse destinate all'infanzia, all'adolescenza e ai giovani</li> <li>- promuovere indagini e ricerche su ambiti o su problematiche specifiche che riguardano la condizione di vita e i diritti delle giovani generazioni</li> <li>- predisporre relazioni periodiche sulla condizione dell'infanzia, dell'adolescenza e dei giovani in Emilia-Romagna e sull'attuazione dei relativi diritti</li> <li>- produrre rapporti e pubblicazioni volti alla restituzione dei dati, anche attraverso azioni di comunicazione e divulgazione</li> </ul>

## 1.5. L'accreditamento, tra produzione e qualità

Quote importanti della spesa sociale pubblica (in Emilia-Romagna intorno al 55-60%) sono gestite da soggetti del Terzo settore (prevalentemente cooperative sociali, ma anche associazioni di promozione sociale e organizzazioni di volontariato) per la produzione di servizi che sono acquistati in modo continuativo soprattutto dai Comuni, ma in parte anche da Aziende USL e ASP, per conto dei cittadini/utenti. Al centro dell'implementazione del sistema di erogazione delle prestazioni socio-osanitarie vi è l'accreditamento (Ferioli, 2009), già regolamentato in Emilia-Romagna e ora in fase di prima attuazione. Esso è da intendersi come processo/procedura attraverso la quale un organismo autorizzato rilascia formale riconoscimento a una organizzazione o una persona riguardo al possesso della competenza per svolgere uno specifico compito (Cinotti *et al.*, 2005). La normativa sull'accreditamento socio-sanitario ha come riferimenti principali le DGR n. 772/2007 e n. 514/2009.

Tale processo tende a garantire assistenza di buona qualità ed efficienza organizzativa e comporta la definizione di standard e processi di verifica esterna per valutare l'aderenza ad essi da parte dei produttori. In Italia si usa la parola "accreditare" in diversi contesti, afferenti sia all'area del sanitario, sia del sociale e del socio-sanitario. Dal punto di vista amministrativo l'accreditamento è da considerarsi una concessione - derivante da un provvedimento dell'autorità pubblica - con cui la Pubblica amministrazione trasforma un soggetto terzo in una sorta di suo *alter ego*, al quale viene attribuito il compito di erogare un servizio pubblico (Tomba, 2007a).

Il percorso normativo regionale prende avvio con la LR n. 34/1998 (Rosetti *et al.*, 2005), che prevedeva l'accreditamento sia per le strutture sanitarie che per quelle sociali e socio-sanitarie, affidando alla successiva riforma organica regionale dell'assistenza la definizione delle procedure per queste ultime. La Legge n. 328 del 2000 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" introduceva poi per la prima volta l'accreditamento a livello nazionale, con riferimento a servizi e strutture residenziali e semi-residenziali a gestione pubblica e ai soggetti del privato sociale e del privato *profit*. La funzione amministrativa dell'accreditamento viene posta dalla legge in capo ai Comuni, mentre titolare della definizione dei requisiti è la Regione.

La Legge regionale n. 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" - approvata dopo la riforma del Titolo V della Costituzione e successivamente modificata nel 2005 proprio in merito all'accreditamento - caratterizza tale istituto (artt. 38-44) essenzialmente in riferimento a tre principi, compiutamente articolati nel successivo atto attuativo della DGR n. 772/2007:

- qualità delle prestazioni, da garantire in modo omogeneo e il più dinamico possibile rispetto ai bisogni;
- rapporti tra cittadini e sistema di interventi e servizi, da facilitare anche tramite l'introduzione regolata di buoni servizio;
- accreditamento dei servizi: l'obiettivo è da un lato individuare i servizi erogatori come servizi di qualità (organizzativa, gestionale, tecnica, professionale), a vantaggio dei cittadini più fragili e delle famiglie, dall'altro dare ai produttori un'investitura ampia e maggiormente responsabilizzante del mero rapporto di fornitura, al fine di garantire maggiore qualità e stabilità nella gestione complessiva, anche con l'adozione di un modello organizzativo che assicuri una produzione complessiva e unitaria del servizio da parte di un unico soggetto. Al riguardo è da sottolineare di nuovo la scelta di connettere l'accreditamento alla programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie a livello distrettuale, in quanto nella stessa ottica di diffusione della responsabilità sociale i soggetti gestori dei servizi accreditati partecipano alla programmazione.

Con la DGR n. 514/2009 si è dato l'avvio concreto al processo di accreditamento definendo specificamente criteri e ambiti di applicazione, procedure e requisiti di qualità in relazione ai tre percorsi di accreditamento (transitorio, provvisorio e definitivo). Oltre a tali regole, vengono individuati anche i primi servizi che verranno accreditati, gli stessi

finanziati con il Fondo per la non autosufficienza, al fine di creare omogeneità nel sistema.

Per supportare lo sviluppo di una maggiore qualità gestionale vengono inoltre stabiliti i contenuti del programma di adeguamento gestionale e del contratto di servizio, strumento che deve garantire anche la necessaria flessibilità nella gestione - in relazione anche al cambiamento dei bisogni e della domanda - e quindi forme adeguate di monitoraggio e verifica.

Per quanto concerne l'articolazione delle competenze dei soggetti istituzionali, la normativa fa emergere importanti funzioni di Regione, Provincia e Comune. In particolare è previsto che la Regione fissi procedure e requisiti di qualità dei servizi, delle strutture, dei soggetti, nonché la composizione e le modalità di funzionamento degli organismi tecnici di ambito provinciale che forniscono ai Comuni il parere sulla conformità dei requisiti. I Comuni associati individuano l'ente - singolo Comune o forma associativa - titolare della funzione dell'accREDITAMENTO, nella quasi totalità delle realtà coincidente con l'ente capofila della programmazione; le Province gestiscono il monitoraggio sull'attuazione del sistema di accREDITAMENTO.

Tutto ciò, ovviamente ha risvolti rilevanti sulla *governance* del sistema regionale, in primo luogo perché l'intero processo di regolamentazione e di verifica viene maturato all'interno della Cabina di regia regionale, nel quadro della collaborazione e del confronto tra Regione e Enti locali, e della concertazione con il Terzo settore e le organizzazioni sindacali. E' possibile affermare che la finalità dell'integrazione socio-sanitaria, chiave principale della programmazione integrata regionale insieme al Fondo regionale per la non autosufficienza (Fabrizio, 2007; Tomba, 2007b), connota l'accREDITAMENTO come strumento di coerenza e continuità tra sistema sociale e sistema sanitario dal punto di vista dell'utente (qualità dei servizi, accesso; sul rapporto tra ospedale e territorio, si veda Gallo, 2003), ma anche dei soggetti produttori (qualità gestionale e imprenditoriale).

In secondo luogo, coerentemente con il fine della diffusione della responsabilità sociale, l'accREDITAMENTO comporta l'individuazione di forme di selezione e contrattuali che garantiscono l'erogazione di servizi da parte dei soggetti privati, in particolare del Terzo settore, per conto della Pubblica amministrazione, condividendo regole e principi. In questo senso esso costituisce la base per instaurare un rapporto nuovo tra pubblico e privato e lo strumento per selezionare i servizi/le strutture - e i relativi soggetti produttori - che possono far parte del sistema.

L'accREDITAMENTO, in sintesi, può essere definito come il dispositivo di governo del processo di produzione assistenziale e dello sviluppo della qualità dei servizi e del lavoro, che disegna una responsabilità allargata tra chi indirizza e controlla (Comuni, Regione) e chi produce, nel perseguimento dei fini del sistema regionale.

Tre sono i gradi di formalizzazione amministrativa: autorizzazione al funzionamento, accREDITAMENTO, contratto di servizio.

L'esercizio delle attività assistenziali è subordinato obbligatoriamente al rilascio dell'autorizzazione al funzionamento. Per autorizzazione si intende il provvedimento amministrativo, di natura concessoria, che rende legittimo l'esercizio del servizio da parte

di qualsiasi soggetto pubblico e privato in possesso di requisiti minimi di sicurezza e funzionalità prestabiliti e verificati. L'autorizzazione al funzionamento è condizione per ottenere l'accreditamento in senso stretto, e cioè la possibilità poi di erogare prestazioni in nome e per conto della Pubblica amministrazione, che ha l'obbligo di verificare il possesso dei requisiti di qualità previsti dalla normativa regionale.

In terzo luogo, le attività erogate possono essere considerate a carico della PA se viene sottoscritto un contratto di servizio. In altri termini, non vi è accreditamento senza autorizzazione al funzionamento, così come non vi è remunerazione del servizio accreditato senza contratto di servizio.

Attualmente, lo stato dell'arte dell'accreditamento relativo al sociale e al socio-sanitario è sintetizzabile nella seguente tabella.

<b>Aree assistenziali</b>	<b>Tipologie dei servizi e delle strutture da accreditare</b>	<b>Tipologie per le quali sono stati definiti i requisiti</b>
<b>anziani</b>	Casa protetta/RSA  Centro diurno assistenziale  Casa di riposo  Strutture abitative alternative alla domiciliarità e alle strutture residenziali (es. comunità alloggio; appartamento protetto)  Assistenza a domicilio	Casa residenza per anziani non autosufficienti  Centro diurno assistenziale      Assistenza a domicilio
<b>disabilità adulta</b>	Centro socio-riabilitativo residenziale  Strutture abitative alternative alla domiciliarità e alle strutture residenziali (es. comunità alloggio; appartamento protetto)  Assistenza a domicilio  Laboratorio protetto	Centro socio-riabilitativo residenziale      Assistenza a domicilio
<b>assistenza psichiatrica</b>	Strutture abitative alternative alla domiciliarità e alle strutture residenziali (es. comunità alloggio; appartamento protetto)  Residenza socio-sanitaria	
<b>assistenza e accoglienza minori</b>	Assistenza a domicilio (per minori disabili)  Strutture abitative alternative alla domiciliarità e alle strutture residenziali (comunità socio-educative per minori e per neomaggiorenni, es. comunità di tipo familiare; comunità di pronta accoglienza; comunità educativa, ...)	Assistenza a domicilio (per minori disabili)

## 1.6. La valutazione

Il tema della valutazione è particolarmente rilevante; come si afferma nel PSSR 2008-2010, esso si interseca indissolubilmente con la strategia di *governance* regionale, è strettamente collegato al tema della programmazione, e viene a rafforzare/qualificare il modello di politica pubblica che con essa si intende perseguire.

*La Regione intende elaborare e condividere con gli Enti locali e tutti i soggetti coinvolti nella programmazione un sistema di monitoraggio attraverso appositi strumenti che in maniera continuativa descrivano le principali azioni, progetti e servizi presenti sul territorio e un sistema di valutazione che misuri l'efficacia delle scelte programmatiche e degli interventi realizzati.*

*La programmazione e la valutazione (che ne è parte integrante) si realizzano a diversi livelli di governo - regionale, provinciale/aziendale, distrettuale - con il comune intento di analizzare le azioni e i processi programmatici, ri-orientarli e riprogettare gli interventi futuri.*

*Ciascuno livello di governo ha la necessità di realizzare azioni di monitoraggio e di valutazione per analizzare i processi e i risultati delle proprie politiche sociali e socio-sanitarie e migliorare tali politiche ed i relativi interventi in un quadro in cui tali livelli si alimentino a vicenda, divenendo l'uno risorsa per l'altro. Per questo il percorso di valutazione deve porsi come intento quello di adottare un approccio metodologico comune e strumentazioni complementari.*

*In una prospettiva di *governance*, come quella delineata nel Capitolo 2 della Parte prima di questo Piano, orientata ad uno sviluppo locale di comunità e di rete, appare infatti importante che al monitoraggio e alla valutazione dei piani e dei programmi elaborati in maniera integrata, partecipino i soggetti che rappresentano delle effettive risorse per la promozione di tale sviluppo locale. Occorre, in altri termini, che la valutazione sia interpretata come processo di apprendimento collettivo dei soggetti che insieme concorrono alla realizzazione delle politiche sociali e socio-sanitarie pubbliche, che, anche grazie alla valutazione, imparano a "governare" insieme un sistema locale di servizi.*

*Il sistema regionale di monitoraggio e valutazione deve porsi come obiettivo l'individuazione e la condivisione di strumenti per la raccolta dei dati, di indicatori che consentano comparazioni e raffronti temporali e richiede l'impegno da parte di tutti gli attori coinvolti nel fornire le informazioni, nel rielaborarle e nel prevedere forme di restituzione utili sia ai rappresentanti politici che le utilizzeranno per ri-orientare la loro azione sia ai cittadini che saranno così più consapevoli delle scelte di organizzazione e miglioramento dei servizi ad essi destinati (PSSR, p. 56 e seguenti).*

Connessi alla programmazione, si possono identificare almeno due livelli di valutazione.

Un primo livello è inerente la misurazione del processo e dei risultati perseguiti da un particolare programma di intervento, in termini sia di cose realizzate - *output* (ad esempio servizi/prestazioni realizzate, quantità e intensità del coinvolgimento degli attori,

sostenibilità economica, ecc.) - sia di esiti ottenuti - *outcome* (miglioramento dello stato di salute o del benessere della popolazione o di gruppi di questa).

Le domande a cui la valutazione deve dare risposta sono: cosa si è fatto? come si sono realizzate le azioni previste? cosa si è ottenuto?

La valutazione è qui la fase finale/iniziale da prevedere ricorsivamente nella costruzione del ciclo programmatico. Esso può cambiare a seconda delle teorie organizzative di riferimento o dei settori di applicazione. Una possibile e sintetica esemplificazione relativa al Piano di zona per la salute e il benessere è la seguente:

- attori e percorso di costruzione del Piano;
- bisogni della popolazione emergenti dal Profilo di comunità e il confronto con servizi e risorse disponibili;
- obiettivi strategici e priorità di intervento del Piano in ambito sociale, socio-sanitario, e dei servizi sanitari territoriali, definiti anche alla luce del Piano regionale della prevenzione;
- linee di intervento che attuano l'integrazione delle politiche (ambiente, casa, mobilità, inserimento lavorativo, scuola e servizi educativi, sicurezza e coesione sociale). Raccordo con altri strumenti di programmazione locali (Piani strutturali comunali, Piani del traffico, ecc.);
- strumenti tecnico-organizzativi e azioni per l'integrazione gestionale e professionale e la continuità assistenziale (ad esempio accesso integrato, Sportello unico distrettuale, sportello sociale, Ufficio di Piano, protocolli fra servizi, funzionamento delle unità di valutazione multiprofessionale, formazione delle diverse figure professionali, tecnologie informatiche, soluzioni gestionali, stato di avanzamento ed eventuale adeguamento del programma di trasformazione delle IPAB in ASP, ...);
- monitoraggio e valutazione (sistemi di indicatori distrettuali, riferimenti regionali);
- orientamenti per la programmazione finanziaria triennale relativa agli interventi sociali, socio-sanitari e sanitari territoriali.

In altri termini, tutto il ciclo programmatico deve essere coerente con il metodo e gli indicatori definiti a priori per valutarlo, e in questo senso la valutazione rappresenta la guida interna allo sviluppo dello stesso.

Il secondo livello (ad esempio, IRESS, 2009), che ovviamente considera i risultati ottenuti con il primo, riguarda invece la valutazione della programmazione in sé, in quanto prodotto coerente/non coerente della politica pubblica, ovvero la misurazione della capacità di ottenere i meta-risultati che il sistema regionale intende perseguire. Qui cambia, per così dire, il punto di vista: al centro non ci sono le singole azioni, ma la programmazione stessa. Le domande, semplificando, divengono:

- qual è la capacità degli attori di formulare piani in rapporto a priorità e contenuti coerenti con i dati e le informazioni disponibili?
- qual è il grado di raggiungimento degli obiettivi di salute e di benessere così come previsti dalla programmazione regionale?



- qual è il grado di raggiungimento degli standard regionali di offerta di servizi e prestazioni?
- la partecipazione degli *stakeholder* è migliorata e la programmazione stessa si può considerare più partecipata oppure no?
- gli strumenti e i supporti previsti sono stati utilizzati, e come? quanto efficaci sono i criteri di valutazione assunti nei processi programmatori?

Questo impianto può sistematizzarsi attraverso una dinamica "telescopica", indicativamente secondo quattro tappe o stadi di avanzamento (Campedelli *et al.*, 2010):

- monitoraggio, inteso come evidenziazione delle caratteristiche del prodotto "programmazione" a partire da quanto previsto, ovvero come vigilanza strutturata, permanente e validata del processo e del prodotto programmatorio, attraverso la rilevazione di dati significativi coerenti con gli indirizzi regionali; operativamente esso si traduce in una serie periodica di misurazioni ripetute e continuative di una varietà di indicatori, operate per identificare potenziali problemi, al fine di presidiare un fenomeno e misurarne l'evoluzione e il miglioramento continuo;
- valutazione performativa, orientata sulla misurazione delle *performance* del processo programmatorio dal punto di vista dell'efficienza, efficacia, appropriatezza; essa è definibile come processo scientifico e sistematico con cui viene determinato/misurato il grado in cui un intervento o programma pianificato raggiunge predeterminati obiettivi, a partire dalle rilevanze condivise;
- valutazione indicativa, orientata alla misurazione degli obiettivi di *policy* perseguiti e la loro rendicontabilità, ovvero degli *outcome* in termini di diritto alla salute e promozione dell'autonomia e del benessere delle persone;
- effetti attesi (a livello territoriale e regionale), in termini di impatto di queste *policy* sulle strategie ambientali, economiche, ovvero sulle programmazioni e sul recepimento delle stesse nella programmazione oggetto di valutazione.

Il monitoraggio e le diverse tipologie di valutazione hanno temporalità differenziate, il primo "corta" e le seconde "lunghe".

	<b>Output/esiti</b>	<b>Outcome/effetti</b>
<b>Valutazione della programmazione di 1° livello</b> (a dimensione locale)	Coerentemente con gli obiettivi attribuiti alle azioni: di processo, di prodotto e di sistema  La misurazione riguarda il monitoraggio e la valutazione performativa	Miglioramento dello stato di salute e di benessere  La misurazione è parametrata agli indicatori relativi previsti dal profilo di comunità
<b>Valutazione della programmazione di 2° livello - strumento/metodo di politica pubblica</b> (a dimensione regionale)	Vedi <i>output</i> e <i>outcome</i> di 1° livello  La misurazione riguarda il monitoraggio; la valutazione performativa	<i>Accountability</i> Incidenza ricorsiva sulla programmazione Apprendimento (vedi IRESS,2009) Integrazione/ricadute sulle altre programmazioni  La misurazione riguarda: - l'incidenza ricorsiva sulla programmazione stessa, - gli obiettivi di <i>policy</i> e la loro rendicontabilità, - l'incremento del capitale intellettuale del sistema nella sua funzione di programmazione (Vagnoni, 2008)

Le metodologie di valutazione fino ad ora sperimentate nel *welfare* emiliano-romagnolo, in particolare nel campo sanitario e in fase di adattamento/recepimento al sociale e socio-sanitario, sono:

- l'accreditamento, inteso come valutazione *ex ante* della capacità di un servizio di produrre prestazioni coerenti con quanto stabilito dalla normativa e dalle direttive regionali, di cui si è detto sopra;
- gli strumenti di controllo della spesa quali il monitoraggio del Fondo sociale locale e gli Schemi regionali di bilancio, il Piano dei conti e Piano dei fattori produttivi delle Aziende sanitarie;
- gli strumenti di rendicontazione sui risultati raggiunti, quali il Bilancio di missione e il Bilancio sociale territoriale;
- le forme di partecipazione alla valutazione dei servizi da parte dei cittadini, quali l'*audit* civico.

Essi rappresentano nel loro insieme il sistema di *accountability* del *welfare* regionale, ovvero una composita articolazione di metodi e strumenti di pubblicizzazione dell'operato dei diversi programmi e sistemi di produzione di prestazioni della Regione, avente *target*

differenziati a seconda dell'oggetto da rendere visibile e da valutare, e di conseguenza anche funzioni specifiche. È un sistema, per l'appunto, che si fonda su una altrettanto articolata *governance*, ovvero partecipazione di una molteplicità di attori e figure istituzionali e non alle decisioni che il sistema deve prendere.

### ***Monitoraggio del Fondo sociale locale***

Esso finanzia i livelli essenziali delle prestazioni (LEP, regionali) gestiti in forma associata a livello distrettuale, secondo le priorità individuate dal Piano di zona per la salute e il benessere (Raciti, 2009).

Il Fondo è vincolato per il 50% alle diverse aree di intervento (infanzia-adolescenza, giovani, esclusione sociale, immigrazione, povertà) per il raggiungimento di azioni minime omogenee per tutti i territori stabilite a livello regionale; l'altro 50% è determinato dalle scelte locali stabilite alla luce delle indicazioni regionali.

Gli oggetti del monitoraggio sono le azioni garantite su base distrettuale e la spesa sostenuta dall'insieme degli attori del sistema. Ogni azione è oggetto di rilevazione secondo il seguente schema:

- tipologia di azione/intervento/servizio,
- dimensionamento,
- copertura territoriale,
- modalità di valutazione utilizzata a livello locale.

La spesa è invece analizzata per:

- spesa *pro capite*,
- spesa per utente/oraria/ ecc.;
- percentuale di spesa per tipologia di intervento sul totale,
- incidenza percentuale delle diverse fonti di finanziamento per area/tipologia di intervento.

### ***Bilancio di esercizio, Piano dei conti e Piano dei fattori produttivi delle Aziende USL***

Bilancio di missione e Bilancio di esercizio costituiscono (art. 6 LR n. 29/2004) i due strumenti attraverso i quali le Aziende sanitarie rendono conto dell'attività istituzionale (in riferimento agli obiettivi di salute assegnati dalla Regione e dalle Conferenze territoriali sociali e sanitarie) e dei risultati della gestione economico-finanziaria. Il Bilancio di esercizio deve essere redatto secondo uno schema (DGR n. 412/2009) impostato per permettere l'alimentazione dei dati ministeriali e la gestione della contabilità separata e a destinazione vincolata del Fondo regionale per la non autosufficienza. Tale scelta si fonda sul riconoscimento che le Aziende USL sono parte integrante della realizzazione degli obiettivi del Patto per la salute (DGR n. 602/2009). In particolare - citando quanto riportato in questa ultima delibera, antecedente al nuovo Patto sottoscritto a fine ottobre 2009 - essi sono così sintetizzati:

- a) *Mantenere la stabilità e l'equilibrio di gestione del Servizio sanitario regionale, tramite misure di governo e contenimento della spesa.*
- b) *Adempiere alle disposizioni in materia di acquisto di beni e servizi.*
- c) *Adempiere:*
  - *agli obblighi informativi sul monitoraggio della spesa relativi all'invio al Sistema informativo sanitario dei modelli CE, SP, CP e LA;*
  - *agli obblighi informativi sugli indicatori e parametri contenuti nel DM 12/12/2001.*
- d) *Adeguarsi alle prescrizioni del patto di stabilità interno.*
- e) *Mantenere l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.*
- f) *Adottare provvedimenti in base agli indicatori di utilizzo delle strutture sanitarie, che prevedano uno standard di posti letto ospedalieri accreditati non superiore a 4,5 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungodegenza post-acuzie con una possibile compatibilità di variazione in incremento non superiore al 5%.*
- g) *Adottare i criteri e le modalità per l'erogazione delle prestazioni che soddisfino il principio di appropriatezza organizzativa e di economicità nella utilizzazione delle risorse.*
- h) *Attuare, nel proprio territorio, le adeguate iniziative per il contenimento delle liste d'attesa definendo, sulla base dei reali bisogni e con la collaborazione degli attori del sistema, i percorsi diagnostici più adeguati e gestire correttamente la domanda di prestazioni sanitarie.*
- i) *Adottare i provvedimenti diretti a prevedere la decadenza automatica dei Direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle Aziende sanitarie.*
- j) *Attivare sul proprio territorio il monitoraggio delle prescrizioni mediche, farmaceutiche, specialistiche ed ospedaliere nonché la trasmissione telematica al Ministero dell'economia e delle finanze di copia dei dati.*
- k) *Adottare tutti i provvedimenti affinché le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliere e gli IRCCS comunichino immediatamente al Ministero dell'economia e delle finanze, in via telematica, i dati relativi ai ricettari consegnati ai loro specialisti.*
- l) *Ripianare in percentuale il superamento del tetto per la spesa farmaceutica territoriale e integralmente il superamento di quella ospedaliera, attraverso l'adozione di specifiche misure in materia di farmaceutica e alla predisposizione di piani di contenimento della spesa; in materia è intervenuta la Legge 29 novembre 2007 n. 222.*
- m) *Garantire il conferimento dei dati al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) nei tempi e nei modi stabiliti.*

- n) *Adottare una contabilità analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle aziende sanitarie.*
- o) *Adottare misure specifiche dirette a prevedere che, ai fini della confermabilità dell'incarico del Direttore generale delle Aziende sanitarie, il mancato rispetto dei contenuti e della tempistica dei flussi informativi ricompresi nell'NSIS costituisce grave inadempienza.*
- p) *Obbligo di trasmettere i dati relativi al flusso informativo sui dispositivi medici.*
- q) *Obbligo di trasmettere i dati relativi al flusso informativo sui farmaci introdotto con la citata Legge 222/2007.*
- r) *Adottare provvedimenti che promuovano il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, in linea con quanto definito dall'Intesa 23 marzo 2005.*
- s) *Assicurare adeguati programmi di assistenza domiciliare integrata, di assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera.*
- t) *Promuovere lo sviluppo e l'implementazione di percorsi diagnostici e terapeutici, sia per il livello di cura ospedaliero, che per quello territoriale, allo scopo di assicurare l'uso appropriato delle risorse sanitarie e garantire l'equilibrio della gestione.*
- u) *Obbligo di costituire gli accantonamenti per i rinnovi contrattuali del personale dipendente e convenzionato, ai sensi della Legge 2 dicembre 2005, n. 248.*
- v) *Contenere la spesa per il personale.*
- x) *Adottare piani di riorganizzazione della rete laboratoristica, pubblica e privata accreditata.*

### ***Bilancio di missione***

Previsto insieme al Bilancio di esercizio per le Aziende sanitarie regionali (LR n. 29/2004), ha lo scopo di supportare in modo attivo e dinamico il sistema delle relazioni fra l'Azienda e i suoi principali interlocutori istituzionali, Regione e Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È uno strumento annuale attraverso il quale questi attori periodicamente verificano la graduale realizzazione degli obiettivi stabiliti nella propria pianificazione; è quindi da considerare, in quanto strumento di *accountability*, un supporto alla *governance* interna al sistema sanitario (Tieghi, 2008).

Si tratta di un documento inteso a dare conto di ciò che è stato, di ciò che è e di ciò che dovrebbe divenire la gestione aziendale. La struttura si articola in nove temi-capitoli:

- presentazione del Direttore generale,
- contesto di riferimento,
- profilo aziendale,
- obiettivi e strategie aziendali,

- condizioni di lavoro, competenze del personale e efficienza dell'organizzazione,
- sistema di relazioni e strumenti di comunicazione,
- ricerca e innovazione,
- obiettivi specifici di particolare rilevanza istituzionale,
- conclusioni del Direttore generale.

### ***Bilancio sociale territoriale***

Ha come finalità (Regione Emilia-Romagna, 2008) la ricostruzione della filiera della produzione di utilità, mettendo in rete i differenti soggetti che concorrono agli esiti delle politiche, in modo che ne appaiano i differenti e connessi apporti. Con esso si identificano i soggetti che costruiscono la filiera, pubblici e privati; si stabiliscono gli oggetti e i processi da descrivere e la metrica per misurarli in termini di significatività nei confronti degli *stakeholder* (cittadini e rappresentanze). È centrato sul mandato istituzionale che spetta ad ogni attore coinvolto, in particolare se pubblico. I criteri di fondo, ovvero i campi di misurazione, a cui si riferisce sono: verifica di impatto (*output* e *outcome*), efficienza della filiera istituzionale, funzionamento della comunicazione o efficacia dei *feedback*, integrazione pubblico-privato. I contenuti che strutturano la fase di rendicontazione riguardano la descrizione:

- delle rispettive competenze;
- dei processi di pattuizione;
- della vera e propria integrazione operativa;
- dei nodi/punti ove possa risultare possibile proporre obiettivi di miglioramento.

Il Bilancio sociale territoriale è in fase di sperimentazione nell'ambito del Progetto regionale anziani.

### ***Audit civico***

In generale, l'*audit* può essere definito come uno strumento per la sorveglianza della qualità in un'intera organizzazione o sue parti. Si caratterizza per avere uno strumento/oggetto di riferimento, un obiettivo, una estensione della verifica. Il processo di *audit* civico, in particolare, si fonda sull'utilizzo di uno strumento per la valutazione della qualità dei servizi da parte dei cittadini/utenti, attraverso il quale si individua la presenza (o l'assenza/carenza) di attività volte a semplificare l'approccio alle cure da parte dei cittadini e si impostano azioni di *benchmarking* (o di miglioramento) (Capizzi *et al.*, 2009). L'utilizzo di tale strumento prevede:

- la definizione di indicatori,
- la produzione di "fogli raccolta dati",
- la co-progettazione cittadini - referenti produttori delle modalità di raccolta di tali dati,
- il reclutamento e la formazione dei gruppi di monitoraggio,
- la definizione delle strutture di elaborazione dei dati e di valutazione dei risultati.

La metodologia dell'*audit* civico è stata ideata e prodotta in *partnership* fra Cittadinanzattiva e il Tribunale per i diritti del malato.

### **Accountability e governance**

Tutti questi strumenti hanno evidenti implicazioni dal punto di vista della *governance*. Ognuno di essi infatti svolge direttamente o indirettamente una funzione di *accountability*, mettendo a disposizione dei diversi decisori informazioni utili non solo per le scelte che debbono compiere in merito all'oggetto/attore analizzato, ma più in generale anche per gli indirizzi che di conseguenza si debbono dare al sistema regionale.

*L'accountability è ... di fatto una componente intrinseca alle relazioni che si instaurano nelle organizzazioni sanitarie e tra queste ultime e il contesto politico e sociale delle comunità in cui operano. Ha evidentemente dimensioni diverse, che si applicano variamente alle tipologie di relazioni e alle forme di responsabilità che le contraddistinguono. [...]*

*Potremmo dire, in estrema sintesi e forse con qualche approssimazione, che l'accountability è l'inevitabile implicazione dell'attribuzione, da parte di qualcuno nei confronti di qualcun altro, di una responsabilità.*

*[...] ... in questa definizione è anche implicita una consequenzialità. Mettere a disposizione elementi che documentano cosa è stato fatto, come è stato fatto e quali risultati sono stati raggiunti, implica che il soggetto al quale rendiamo disponibili le informazioni sia nella condizione di prendere delle decisioni conseguenti, di ricompensa o punizione.*

*[...] La generale "crisi di fiducia" che pare aver investito i sistemi sanitari moderni - connessa a eventi critici - ... che hanno portato l'attenzione ... su aspetti disfunzionali che sono stati rapidamente riconosciuti come ascrivibili anche a una non più tollerabile autoreferenzialità del mondo professionale ... nell'esercizio delle proprie responsabilità a presidio della qualità dell'assistenza e della verifica dei risultati.*

*Queste dinamiche, generali e specifiche, hanno portato a riconoscere la persistenza di ambiti relazionali caratterizzati da un deficit di accountability, cui si è cercato di porre rimedio ridefinendo i modelli di governance interni ed esterni alle organizzazioni sanitarie. (Grilli, 2010, pp. 1-2, 5-6).*

In altre parole, proprio per il modo con cui vengono utilizzati - il loro trattamento -, tali strumenti implicitamente presuppongono e al contempo rafforzano la *governance*, ovvero la partecipazione di attori di volta in volta diversi, per la valutazione partecipata di funzioni, parti, aree, segmenti, del sistema di *welfare*: la valutazione - di cui l'*accountability* è forma specifica (Frey, 2009) - è esito e risorsa della *governance*.

## 1.7. La formazione

Anche il tema della formazione risulta coinvolto nei processi di governante: da una parte è infatti prevista una *governance* della formazione, dall'altra una formazione alla *governance*. Secondo le indicazioni del Piano sanitario e sociale regionale 2008-2010 e della DGR n. 602/2009,<sup>4</sup> la formazione è concepita come risorsa fondamentale per la realizzazione degli obiettivi della programmazione e quindi delle politiche regionali. Nel PSSR si pone particolare risalto alla formazione in ambito sanitario,<sup>5</sup> ma come emerge dalla citazione sotto riportata, essa pare naturalmente estendibile anche al socio-sanitario:

*In una visione ampia, la formazione continua dovrebbe essere parte di un contesto in cui si condividano un insieme di valori e di competenze di fondo; sia effettivo l'impegno a creare condizioni di lavoro adatte allo sviluppo delle competenze, sia in funzione della carriera individuale che dell'organizzazione; esistano le possibilità di accedere alla formazione in modo aperto e flessibile e senza discriminazioni; l'apprendimento sia riconosciuto, valutato e accreditato e sia condiviso tra gruppi e professioni diversi; la pianificazione e la valutazione della formazione continua faccia parte integrante dello sviluppo delle organizzazioni; vi sia possibilità di accedere alle necessarie risorse informative; le infrastrutture dedicate siano competenti, accessibili e davvero in grado di supportare l'apprendimento.*

*Con l'indirizzo dei Collegi di direzione e l'impegno diretto degli Uffici formazione delle Aziende sanitarie verranno analizzati gli scenari organizzativi determinati dai processi innovativi e il loro possibile mutamento, le figure professionali coinvolte e i bisogni formativi esistenti, che diventeranno priorità di interesse regionale per l'Educazione continua in medicina. Verranno in particolare valorizzate le possibilità di formazione sul campo offerte dalle sperimentazioni e per le quali sono già stati definiti i criteri per l'accreditamento ECM (come la partecipazione a ricerche, ad audit, ecc.), e vi sarà l'opportunità per mettere in atto processi innovativi di apprendimento collaborativo e di e-learning a livello locale e regionale.*

*Con le Biblioteche del Servizio sanitario regionale verranno studiate le esigenze di informazione scientifica per le diverse funzioni, di horizon scanning, technology assessment, progettazione delle ricerche, redazione di protocolli, aggiornamento e formazione degli operatori e verrà sviluppato un sistema di utilizzazione delle risorse informative, integrando le fonti disponibili e sperimentando Centri di documentazione specifici.*

*Particolare attenzione verrà anche posta alla comunicazione con i pazienti e con quei cittadini "competenti" che, anche se non esperti dell'argomento trattato, hanno un ruolo significativo nelle scelte per la salute (amministratori, giornalisti,*

---

<sup>4</sup> Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2009. *BUR* Emilia-Romagna 8 giugno 2009, anno 40, n. 78.

<sup>5</sup> *PSSR 2008-2010*. Parte quinta. Linee di sviluppo degli strumenti e delle infrastrutture in ambito sanitario.



*operatori sanitari e sociali, educatori, ecc.). Verranno sperimentate forme di coinvolgimento diretto (Laboratori dei cittadini competenti) per la messa a punto delle modalità più appropriate per presentare e approfondire i temi e i risultati più importanti delle ricerche realizzate e per predisporre strumenti informativi specifici, appropriati per una divulgazione su larga scala. (PSSR 2008-2010, pp. 177-178).*

La delibera sopra citata, a proposito delle cure primarie e della *governance* che esse sottendono nella concezione data dalla Regione, stabilisce poi come vincolante, a conferma della tesi qui sostenuta, la formazione alla *governance* del personale della sanità territoriale:

*Il Piano sociale e sanitario 2008-2010 individua nell'integrazione istituzionale un elemento essenziale per lo sviluppo delle politiche di programmazione relative agli ambiti assistenziali rivolti al cittadino (sociale, socio-sanitario e sanitario). Diventa quindi importante che le AUSL, per le loro competenze, si rendano parti attive nel percorso di realizzazione della programmazione integrata; ogni Azienda dovrà quindi, per il 2009, dare evidenza dell'attivazione di un percorso formativo sul modello di governance regionale e sugli strumenti di programmazione, rivolto ai dirigenti medici delle Cure primarie, ai coordinatori di Nucleo di cure primarie, ai referenti distrettuali e di dipartimento per la medicina generale, ai responsabili Unità pediatriche di cure primarie nonché al Collegio di Direzione. Le Aziende, in relazione alle tematiche di interesse, avvieranno e completeranno un percorso formativo per tutti i collaboratori interessati. La valutazione avrà a riferimento il numero di eventi organizzati e la percentuale di partecipanti sul totale del target.*

## **1.8. La ricerca in sanità**

Secondo il PSSR 2008-2010, la ricerca nell'ambito dello sviluppo del governo clinico viene riconosciuta come funzione istituzionale del SSR. È considerata in stretto rapporto con l'attività assistenziale, così come risorsa all'innovazione dell'offerta prestazionale, nonché per l'attività formativa del personale sanitario. Come funzione istituzionale essa è sia il prodotto di una *governance* specifica - *governance research* - sia fattore che alimenta l'insieme dei processi di governo-*governance* del sistema regionale nel perseguimento dei propri fini inerenti il diritto alla salute e, quindi il miglioramento dello stato di salute della popolazione che vive in Emilia-Romagna.

Gli obiettivi del PSSR in merito alla ricerca sono:

- *sviluppare a livello regionale e all'interno delle Aziende sanitarie la capacità di gestire la funzione di ricerca e sviluppo come attività istituzionale propria del SSR, inscindibile dai tradizionali compiti di assistenza;*
- *utilizzare i fondi della ricerca non soltanto per il finanziamento della spesa corrente per l'attuazione di specifici progetti, ma anche per la creazione e il rafforzamento della infrastruttura tecnologica ed informativa necessaria per lo sviluppo delle attività di ricerca sanitaria finalizzata;*

- *riorganizzare e consolidare la rete dell'offerta, privilegiando in particolare la progettata rete dei Centri di riferimento e delle Aziende ospedaliero-universitarie, in quanto luoghi istituzionali della collaborazione fra Università e SSN, e promuovendo il già significativo contributo delle strutture proprie del SSN, con l'obiettivo di realizzare masse critiche adeguate, in termini di risorse umane e finanziarie, a rispondere alle sfide internazionali;*
- *definire nuove norme di relazione fra il SSN e l'industria, in particolare farmaceutica e biomedicale nel settore della ricerca e della formazione che, senza rinunciare al suo contributo essenziale in termini finanziari e di conoscenze, assicurino il rispetto delle priorità del SSN, conferiscano trasparenza alle relazioni fra finanziatori e destinatari del finanziamento, prevengano l'insorgere di condizioni di conflitto di interessi nei singoli ricercatori e nelle organizzazioni. (DGR n. 1066/2009).*

Inoltre, il PSSR

- *evidenzia come lo sviluppo di una strategia regionale che favorisca sia l'integrazione tra ricerca, assistenza e formazione, sia il governo dei processi di innovazione nei servizi sanitari, rimandi alla necessità di un rafforzamento della struttura regionale ed aziendale a sostegno della governance complessiva delle attività di ricerca ed innovazione, prevedendo tra l'altro la costituzione di un Osservatorio regionale per l'innovazione e l'istituzione del Comitato etico regionale, quest'ultimo con funzioni di elaborazione di temi e procedure che possano essere di ausilio alle attività dei Comitati etici locali. (DGR n. 1066/2009).*

La normazione regionale e la sua implementazione (LR n. 29/2004, PSSR 2008-2010, DGR n. 1066/2009) hanno progressivamente definito i contenuti, la funzione specifica, l'organizzazione del sistema regionale di ricerca, il supporto tecnico regionale - Osservatorio regionale per l'innovazione (ORI) (Assessorato regionale per le politiche per la salute dell'Emilia-Romagna, 2009).

Con ricerca la Regione Emilia-Romagna intende quelle attività:

- *aventi come scopo principale l'acquisizione, su specifici fenomeni oggetto di indagine, di conoscenze generalizzabili rivolte alla comunità scientifica;*
- *aventi come finalità primaria l'acquisizione di conoscenze destinate a contribuire al miglioramento delle capacità di governo (clinico) dei problemi assistenziali in uno specifico contesto. (Assessorato alle politiche per la salute - Agenzia sanitaria e sociale regionale, 2009, p. 7).*

La funzione specifica attribuita è quella di:

*creare le condizioni affinché nelle Aziende sanitarie si possano saldare i legami del binomio ricerca & innovazione, da una parte valutando quanta della ricerca condotta abbia effettive potenzialità innovative per i servizi, e dall'altra quali delle iniziative di innovazione introdotte nei contesti assistenziali meritino di essere valorizzate come ricerca attraverso specifiche iniziative di valutazione del loro impatto. In questo contesto quindi la ricerca nella sua forma specifica di attività di*

*valutazione empirica di un significativo cambiamento (tecnologico, clinico od organizzativo) introdotto nei servizi, rappresenta lo strumento attraverso il quale l'organizzazione impara dalla propria esperienza e si attrezza a governare i processi trasformativi avviati. (Assessorato alle politiche per la salute - Agenzia sanitaria e sociale regionale, 2009, p. 9).*

L'organizzazione che essa, strettamente connessa all'innovazione, ha assunto è quella della rete. Essa nasce

*dalla necessità di mantenere l'integrazione sia tra le diverse funzioni di governo della ricerca e innovazione, sia tra i diversi ambiti della sua realizzazione operativa (Aziende sanitarie, Aree vaste, Regione). Analogamente a quanto accade nella definizione delle reti assistenziali (si pensi a questo proposito al classico modello Hub & Spoke), anche in questo caso i nodi della rete hanno relazioni funzionali e non gerarchiche tra loro, e sono individuati in ragione delle proprie "intrinseche" caratteristiche e della specifica tipologia di problemi che si trovano ad affrontare. (Assessorato alle politiche per la salute - Agenzia sanitaria e sociale regionale, 2009, p. 11).*

In altri termini, il modello a rete è la "forma" della *governance* della ricerca e ha lo scopo di:

- garantire e verificare il carattere effettivamente innovativo delle ricerche condotte in ambito aziendale;
- individuare le aree di ricerca non coperte per evidenziare quelle meritevoli di investimenti;
- valutare l'impatto delle iniziative innovative - tecnologiche, cliniche, organizzative - attivate.

Esso si alimenta sulla base di tre programmi.

<b>Denominazione</b>	<b>Fondi stanziati</b>	<b>Totale</b>
Programma per la modernizzazione e i progetti di eccellenza	2010-2012 2 milioni e 400 Euro annui	7,2 milioni di Euro
Programma per la ricerca e l'innovazione in Emilia-Romagna	2009-2011 250.000 Euro annui	750.000 Euro
Programma di ricerca - Protocollo di intesa Regione-Università del 14/2/2005	2010-2012 10 milioni di Euro annui; nel biennio 2007-8 sono stati stanziati 6 milioni per la "Formazione alla ricerca e sviluppo di research network"	30 milioni di Euro

Oltre a tali risorse, è prevista la possibilità di partecipazione dell'industria privata, farmacologica e biomedica.

L'articolazione del modello di governo-*governance* regionale è sintetizzata nello schema seguente.

<b>Ambito</b>	<b>Organismi</b>	<b>Composizione</b>	<b>Funzioni</b>
<b>regionale</b>	Comitato regionale di indirizzo per la ricerca e innovazione	Direttori generali tre Aziende sanitarie coordinatrici Aree vaste, Direttori generali delle Aziende ospedaliero-universitarie e dei tre ulteriori centri di riferimento per la ricerca individuati dalla Giunta regionale, Direttore ASSR, Direttore generale Sanità e politiche sociali	<p>verifica e armonizzazione complessiva delle attività di ricerca e innovazione regionali</p> <p>prioritarizzazione dei temi su cui avviare iniziative regionali nell'ambito dei diversi programmi</p> <p>individuazione dei temi su cui attivare, nell'ambito del nuovo Programma PRI-E-R, iniziative di confronto e collaborazione con l'industria finalizzate alla individuazione di tecnologie emergenti di specifico interesse per il SSR (<i>horizon scanning</i>) o al governo dell'adozione di tecnologie innovative</p>
	Commissione regionale per l'innovazione	Coordinata dall'Agenzia sanitaria e sociale regionale con la partecipazione dei Collegi di Direzione - Direttori sanitari delle Aziende sanitarie	<p>standardizzazione dei metodi di valutazione delle innovazioni tecnologiche, cliniche e organizzative e delle loro implicazioni nei contesti aziendali, in funzione dell'elaborazione dei programmi aziendali di ricerca e innovazione e dell'elaborazione di piani di adozione di alte tecnologie elaborati a livello di Area vasta</p> <p>formulazione dei contenuti e delle modalità operative delle iniziative di formazione necessarie per rafforzare le capacità di governo dei processi di innovazione tecnologica e clinico-organizzativa a livello aziendale</p> <p>definizione di procedure funzionali all'individuazione precoce di innovazioni meritevoli di interesse, mediante attività di <i>horizon scanning</i> che valorizzino le potenzialità offerte dalle competenze cliniche e organizzative presenti nei contesti aziendali</p> <p>definizione di modalità appropriate per la segnalazione di iniziative di innovazione clinico-organizzativa intraprese dalle singole Aziende, ai fini dell'individuazione e diffusione di esperienze positive</p>

<b>Ambito</b>	<b>Organismi</b>	<b>Composizione</b>	<b>Funzioni</b>
<i>regionale</i> ( <i>continua</i> )	Comitato etico regionale	In attesa di nomina; avrà una composizione multidisciplinare di 10-11 membri con competenze cliniche, bioetiche, giuridiche e di economia e organizzazione sanitaria, nominati dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute	<p>elaborare linee di indirizzo su problematiche di carattere strategico per lo sviluppo dell'attività di ricerca &amp; innovazione nel SSR con particolare riferimento ai temi dell'integrità e indipendenza della ricerca, della tutela dei soggetti coinvolti e delle necessarie misure di controllo e monitoraggio finalizzate al controllo delle condizioni di potenziale conflitto di interesse</p> <p>rappresentare l'ambito di ascolto, riflessione e indirizzo sulle problematiche etico-scientifiche che nascono all'interno dell'attività quotidiana dei Comitati etici locali</p> <p>garantire un'attività di analisi e riflessione sulle implicazioni dell'utilizzo di tecnologie e interventi sanitari, oltre che di specifiche modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza</p>
<b>aziendale</b> <b>(AUSL)</b>	Collegio di direzione		<p>predisposizione degli strumenti aziendali per la ricerca e l'innovazione - Piani aziendali di ricerca e innovazione</p> <p>messa a punto dell'Anagrafe aziendale dei progetti di ricerca clinica e sanitaria e di un archivio della documentazione scientifica prodotta</p> <p>valorizzazione dei professionisti e sostegno delle attività di ricerca</p> <p>relazioni con i finanziatori esterni</p>
	<i>Board</i> aziendale per la ricerca e l'innovazione		azione di supporto alla funzione propositiva dei Collegi di direzione anche allo scopo di identificare progetti e iniziative che possano necessitare del parere del Comitato etico
	Comitato etico aziendale		valutazione delle sperimentazioni cliniche e orientamento e consulenza dell'attività assistenziale

## 1.9. Il sistema informativo

La programmazione (annuale e poliennale) all'interno dei vari processi della pianificazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale comporta necessariamente l'allestimento di un sistema informativo che fornisca un quadro organico di elementi conoscitivi afferenti alle attività e alle dinamiche di costo a tutti gli attori che operano nelle reti - Conferenze territoriali sociali e sanitarie, Comitato di Distretto, Direzione dell'Azienda USL, Direzione di Distretto, Uffici di Piano, organismi di gestione, ecc. - e chiamati ad assumere decisioni in riferimento ad esse. La *governance* già delineata del metodo della programmazione trova quindi nel sistema informativo un compito - la decisione della messa a disposizione delle informazioni e la costruzione del sistema informativo - e al contempo una risorsa fondamentale - le informazioni per la decisione condivisa.

La Regione Emilia-Romagna ha sviluppato nel corso degli anni un composito insieme di sistemi informativi. Si tratta, come emerge dalle tabelle sotto riportate di un patrimonio importante che necessariamente dovrà trovare sintesi in funzione della prospettiva delineata dal PSSR 2008-2010.

### ***Area delle politiche sociali***

---

Servizi per la prima infanzia (SPIER 0-3 anni)	utenza, personale, costi dei servizi per la prima infanzia (Nidi, Spazi bambino, Centri per bambini e genitori, ...) dell'Emilia-Romagna
Servizi per l'infanzia (materna 3-6 anni)	scuole dell'infanzia non statali paritarie e non, iscritti, calendari, personale, costi
Indagine su interventi e servizi sociali dei Comuni singoli o associati - consuntivo (spesa sociale)	interventi sociali erogati dai Comuni singoli o associati, con dati di spesa, utenza, percentuale di spesa gestita direttamente per ogni intervento erogato; la rilevazione è inserita fra i flussi per il monitoraggio dei Piani di zona sociali
Rilevazione dei presidi socio-assistenziali (SIPS)	monitoraggio dell'offerta socio-assistenziale riguardante presidi residenziali, centri diurni e servizi di assistenza domiciliare per le aree di utenza rispondenti agli obiettivi prioritari definiti dalla programmazione regionale, ovvero anziani, minori, disabili, immigrati, adulti in difficoltà
SISA minori (SISAM)	dati anagrafici dei minori in carico ai servizi e dei relativi nuclei; tipologia di utenza, problemi presentati, interventi erogati; banca dati famiglie affidatarie e famiglie adottive
Sistema informativo Terzo settore Albo regionale e rilevazione cooperative sociali (TESEO)	cooperative sociali: anagrafe cooperative, struttura, risorse umane, economiche, patrimoniali, attività

*(continua)*

Sistema informativo Terzo settore Albo regionale e rilevazione organizzazioni di volontariato (TESEO)	organizzazioni di volontariato: anagrafe associazioni, struttura, risorse umane, economiche, strumentali, attività, utenti, qualità e innovazione
Servizio civile	Albo regionale del servizio civile nazionale, banca dati informatica tenuta presso l'Ufficio nazionale della Presidenza del Consiglio dei Ministri a Roma, che raccoglie le informazioni degli enti senza fini di lucro iscritti (Enti pubblici, organizzazioni di volontariato, onlus, ecc.)
Progetto regionale prostituzione e tratta "Oltre la strada"	attività realizzate nell'ambito del progetto "Oltre la strada" relativamente alla prevenzione socio-sanitaria nel campo della prostituzione e all'attuazione dei programmi di assistenza
Rilevazione sulla domanda espressa agli sportelli sociali (IASS - Integrazione applicativi sportelli sociali)	dati su accesso agli sportelli sociali: forma del contatto, anagrafica utente, domanda espressa (per <i>target</i> di riferimento e tipologia di domanda), esito dell'accesso allo sportello sociale

---

### **Area delle politiche socio-sanitarie**

---

Sistema informativo sulle dipendenze della Regione Emilia-Romagna (SISTER)	utenza SerT, programmi terapeutici (tipologia ed esito), attività svolte, condizioni di salute e dipendenze; dati anagrafici del soggetto, prestazioni erogate e dosaggi, sostanze d'uso e comportamento nell'assunzione, esami sostenuti, patologie concomitanti, dati di contatto, strutture, dati sul personale
Sistema informativo comunità terapeutiche. Accordo RER-CEA (Regione Emilia-Romagna - Coordinamento Enti ausiliari)	utenti regionali ed extra regionali in comunità terapeutiche accreditate, dipendenze e programmi terapeutici, struttura, caratteristiche del soggetto, invariante del soggetto, sostanze d'abuso, percorso presso l'Ente, numero giornate erogate in struttura, personale della struttura
Monitoraggio programma regionale dipendenze patologiche della Regione Emilia-Romagna	questionario su interventi e obiettivi in campo prevenzione, trattamenti, qualità dei servizi, facilitazione nell'accesso, diversificazione dei percorsi terapeutici, rapporto tra servizi pubblici e privati accreditati
Unità di strada	attività delle Unità di strada per le alcol-tossicodipendenze della Regione Emilia-Romagna e contatti con target specifici nei luoghi del divertimento e in situazioni di marginalità
Investimenti edilizia socio-sanitaria (PROFILER)	investimenti in edilizia socio-sanitaria, monitoraggi sullo stato di avanzamento lavori e sui dati economici (finanziamenti ed erogazioni) degli interventi in edilizia sanitaria e socio-sanitaria del territorio regionale;

(continua)

Sistema informativo assistenza domiciliare (SI-ADI)	dati anagrafici dei pazienti, periodo di presa in carico in assistenza domiciliare per tipo e livello, episodi con tutela sanitaria, accessi al domicilio per data e tipologia di operatore, scheda di valutazione del paziente.
Sistema informativo gravissime disabilità acquisite (GRAD)	dati anagrafici del paziente, periodo di presa in carico nel percorso di assistenza ed informazioni sanitarie (causa e tipo di deficit, livello di cognitività), assegni di cura erogati, assistenza residenziale erogata per tipo di struttura e tipo di assistenza, dispositivi protesici erogati per tipo e modalità di cessione.
Sistema di monitoraggio assegno di cura anziani e disabili (SMAC)	dati anagrafici del paziente, periodo di presa in carico da parte dei servizi territoriali per livello con rilevazione dei servizi aggiuntivi erogati, dei contributi aggiuntivi o altre indennità erogate, del reddito ISEE, scheda di valutazione del paziente (solo per pazienti anziani).
Flusso assistenza residenziale e semi-residenziale per anziani (FAR)	dati anagrafici del paziente, periodi di assistenza residenziale e semi-residenziale per struttura, macro-prestazioni erogate, scheda di valutazione del paziente.
Sistema informativo regionale salute mentale (SISM)	dati anagrafici del paziente, periodi di erogazione di assistenza residenziale e semi-residenziale per struttura, prestazioni erogate nei Centri di salute mentale
RURER	certificazione di invalidità e disabilità; utenti, commissioni, patologie, domande, patronati, verbali, accertamenti, convenzioni, ...
Applicazione DGR n. 1378/1999 "integrazione di prestazioni sociali e sanitarie e a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari di cui all'art. 20 della LR n. 5/1994"	attività erogata all'interno delle strutture residenziali e semi-residenziali per anziani + assistenza domiciliare con oneri a rilievo sanitari attività erogata per singola struttura, posti letto convenzionati e non, prestazioni sanitarie erogate (infermieristica, medica, di base, riabilitativa), movimento pazienti, rette e valori economici, enti titolari ed enti gestori della struttura, personale addetto all'assistenza, costi dell'assistenza residenziale, assistenza domiciliare con oneri a rilievo sanitari
Sistema informativo contributi per l'adattamento domestico - CAAD	richieste e contributi erogati a qualsiasi titolo per l'adattamento domestico e l'abbattimento delle barriere architettoniche
FRNA - monitoraggio economico	costi, entrate e risorse inerenti il FRNA per l'assegnazione delle risorse
Progetto demenze - SIDEW	utenti dementi, percorso socio-assistenziale e sanitario del paziente



In merito al Sistema informativo sanità e politiche sociali (SIPSS), il PSSR ribadisce che:

*La Regione si è dotata da anni, gradualmente, di un sistema informativo in grado di supportare le attività di programmazione, di valutazione e di regolazione del sistema.*

*[...] La sua realizzazione ..., alla luce delle linee indicate dalla LR 11/2004 e conformemente a quanto previsto a livello nazionale nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario, richiede un impegno volto a promuovere una rete informativa sostanzialmente integrata e per quanto possibile fondata sugli assi informativi: cittadino, struttura erogatrice, prestazione, prescrittore.*

*In vista dello sviluppo della rete regionale a banda larga prevista dal Piano telematico regionale, il SIPSS è impegnato in una riorganizzazione tecnologica del sistema che consenta di rendere sempre più sicure ed efficaci le transazioni fra Aziende e Regione e soprattutto metta a disposizione dell'intero sistema il patrimonio informativo acquisito. Il valore aggiunto del sistema regionale rispetto a quelli locali è di permettere analisi sulle performance aziendali confrontandole con l'intera regione.*

*[...] Lo sviluppo della rete dei servizi per anziani non autosufficienti e disabili, la nascita delle Aziende pubbliche di servizi alla persona, la rimodulazione dell'assistenza residenziale e semiresidenziale, l'obiettivo di promuovere la qualità della vita e dell'assistenza orientate al benessere delle persone anziane e dei loro care giver in tutti i servizi della rete, rendono prioritario la realizzazione di un sistema informativo finalizzato alla rilevazione di questa tipologia di prestazioni e dei problemi delle persone inserite in programmi di assistenza a lungo termine che contenga almeno la conoscenza su i cittadini, le patologie, i livelli di non autosufficienza, le strutture, e i costi, così da armonizzare la rilevazione con i flussi della Sanità, anche per la gestione del fondo regionale per la non autosufficienza.*

*In questo ambito tra le azioni prioritarie si colloca anche il completamento e messa a regime del sistema informativo della salute mentale secondo gli assi precedentemente indicati: cittadino, struttura erogatrice, prestazione e prescrittore. (PSSR 2008-2010, pp. 181-182)*

### ***I grandi progetti del PSSR***

Il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 indica inoltre i principali progetti da sviluppare.

<b>Progetti</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Conseguenze per la governance</b>
<b>Progetto tessera sanitaria</b>	<p>La Regione Emilia-Romagna ha aderito al sistema ministeriale per il monitoraggio della spesa e relativa tessera sanitaria. La distribuzione della tessera si è conclusa e questo ha permesso di validare le anagrafi degli assistibili delle Aziende USL e di costruire un'anagrafe sanitaria regionale come sotto-insieme di quella nazionale. A questo punto si tratta di mettere a regime i meccanismi che garantiscano il costante aggiornamento della base dati regionale e nazionale. Per ottenere questo obiettivo strategico per l'intero sistema è in corso di progettazione il meccanismo per l'aggiornamento in tempo reale dell'anagrafe regionale da parte delle anagrafi aziendali e viceversa (per i cambiamenti di residenza o di assistenza). Le interfacce per questi scambi informativi si basano sull'infrastruttura del Progetto SOLE e quindi permetteranno da un lato di notificare ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta le scelte e revoche che li riguardano, dall'altro di veicolare le medesime informazioni verso la base dati regionale. Inoltre, tutte le variazioni anagrafiche saranno verificate attraverso l'anagrafe tributaria e quindi le Aziende sanitarie potranno lavorare con codici fiscali certi avendo così la possibilità di superare molte delle difficoltà che abitualmente affliggono i flussi informativi e lo scambio di dati fra applicazioni diverse quando si tratta di identificare le persone.</p>	<p>Definizione condivisa delle procedure di aggiornamento delle banche dati</p>
<b>Progetto della non autosufficienza</b>	<p>L'istituzione da parte della Regione del Fondo per la non autosufficienza presuppone l'adozione di strumenti per il monitoraggio dell'utilizzo di tali risorse attraverso un sistema informativo che rilevi i servizi, gli interventi, le condizioni individuali per l'accesso e gli erogatori. Per la realizzazione del sistema occorre definire, standardizzare e codificare le modalità di erogazione e le prestazioni, anche per individuare i costi e le condizioni di partecipazione alla spesa dei cittadini e con l'obiettivo di garantire livelli omogenei di assistenza nei distretti regionali.</p>	<p>Definizione, standardizzazione e codifica delle modalità di erogazione</p>

*(continua)*

<b>Progetti</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Conseguenze per la governance</b>
<b>Progetto Mattoni</b>	<p>Il Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS) si propone di costruire la grande base dati condivisa, a partire dalla quale sviluppare le misure necessarie al bilanciamento di qualità e costi. La corretta progettazione e sviluppo del NSIS richiedono tuttavia la disponibilità di un linguaggio comune per consentire l'interscambio informativo con i sistemi sanitari regionali. Per costruire questo linguaggio è nato il Progetto Mattoni del Servizio sanitario nazionale, che ha richiesto l'avvio di una progettualità molto vasta, con la creazione di numerosi gruppi di lavoro sulle diverse tematiche.</p> <p>La Regione Emilia-Romagna è capofila del mattone "Evoluzione del sistema DRG nazionale", i cui obiettivi sono quelli di garantire l'omogeneità e l'attualizzazione del sistema su tutto il territorio e di integrare la struttura della SDO con nuovi campi di informazione, per definire un flusso informativo sull'attività di ricovero adeguato a tutti i livelli di governo del SSN, che permetta valutazioni comparate, su base nazionale, sull'utilizzo appropriato dell'ospedale e l'eventuale trasferimento di attività ad altro regime assistenziale. La Regione è impegnata anche nei lavori sulla definizione di un nuovo nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, e nuove modalità di lettura dell'assistenza farmaceutica.</p>	Definizione di un linguaggio comune tra gli attori del sistema
<b>Progetto SOLE</b>	<p>L'esigenza di garantire la continuità assistenziale attraverso l'integrazione fra territorio e ospedale, di migliorare l'accesso ai servizi e le modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria ha fatto nascere il Progetto SOLE (Sanità On LinE). Il Progetto, parte del Piano telematico regionale, è stato avviato in un primo gruppo di Aziende e successivamente esteso a tutte le Aziende sanitarie della regione. Attraverso l'implementazione di un'infrastruttura innovativa che utilizza la tecnologia della cooperazione applicativa e gli standard sanitari, il progetto ha il compito di migliorare la comunicazione fra MMG/PLS e specialisti territoriali e ospedalieri, ridurre gli adempimenti burocratici per MMG/PLS e cittadini, creare le condizioni per disporre in formato elettronico della documentazione sanitaria e quindi facilitare la definizione e gestione dei percorsi diagnostici.</p>	Condivisione delle procedure comunicative tra i diversi attori

(continua)

<b>Progetti</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Conseguenze per la governance</b>
<b>Piano telematico regionale 2007-2009</b>	Una prima realizzazione di quanto sopra descritto è prevista nel Piano telematico regionale 2007-2009, all'interno del quale si collocano molte azioni di ICT in sanità. In tal senso si integrano e si utilizzano gli esiti di alcune delle principali azioni di piano quali: - realizzazione della rete geografica (Lepida); - fruibilità di uno strumento di autenticazione che garantisca l'identità di chi accede ai dati sanitari; - disponibilità di data center, laddove ritenuto necessario, per l'archiviazione delle informazioni.	Definizione della programmazione regionale
<b>Ruolo di CUP 2000</b>	Nel contesto sopra descritto, il ruolo di CUP 2000 rappresenta una scelta strategica. Esso potrà articolarsi attorno alle funzioni di: - supporto alla funzione di governo del sistema ICT ai vari livelli, attraverso l'apporto di competenze tecniche; - realizzazione di servizi specifici a favore del sistema regionale. Tutto ciò necessita di un ri-orientamento del ruolo di CUP 2000, che dovrà espletare sempre più una funzione di supporto al sistema regionale dei servizi, con l'obiettivo di rappresentarne il punto di eccellenza nell'ambito dell'ICT.	Individuazione delle metodiche e strumentazioni adeguate al supporto di governo

A livello territoriale, come sottolinea il PSSR,

*L'esperienza dei Piani sociali di zona, la LR 2/2003 hanno fornito indicazioni sugli strumenti informativi necessari per supportare le attività di programmazione, di valutazione e di regolazione del sistema.*

*L'attuale organizzazione del sistema informativo è orientato alla rilevazione del sistema dell'offerta con i suoi attributi, comprensivi anche dei costi, e l'attività erogata, il personale, e la rilevazione della spesa sociale dei Comuni singoli o associati. Si pone pertanto l'obiettivo di integrare le rilevazioni esistenti con nuove tipologie di offerta emerse attraverso i Piani sociali di zona, definire le regole per armonizzare i flussi informativi esistenti. Un ulteriore obiettivo è il monitoraggio dell'attività degli sportelli per l'agevolazione dell'accesso e la successiva presa in carico al fine di seguire il percorso degli utenti. (PSSR 2008-2010, p. 182)*

Da questo punto di vista, il funzionamento e la manutenzione delle reti richiede una precisa responsabilità tecnica di gestione, identificabile in una struttura integrata (Ufficio di piano), unitariamente individuata da Comuni e Distretto sanitario, capace di monitorare, presidiare, stimolare tutti i processi operativi. La Provincia, nell'ambito della Conferenza territoriale sociale e sanitaria (CTSS) è chiamata a partecipare all'esercizio delle funzioni di rilevazione dei bisogni e dell'offerta di servizi del territorio al fine

dell'implementazione del Sistema informativo socio-educativo-assistenziale provinciale. L'Ufficio di supporto alla CTSS è altresì chiamato a svolgere la funzione di supportare anche il sistema informativo.

## **1.10. La *governance* e i livelli essenziali**

Una delle asimmetrie tra sociale e sanitario riguarda il diverso stadio di definizione dei livelli essenziali. Per quanto riguarda i livelli essenziali delle prestazioni (LEP), la recente Legge n. 42/2009 sul federalismo fiscale ha stabilito che debbano essere approvati entro il maggio 2011. Restando nel campo di azione definito dalla Legge n. 328/2000, nonostante nel dibattito pubblico se ne parli pochissimo, esiste già un *corpus* di diritti sociali esigibili. Esso riguarda un insieme di prestazioni e flussi finanziari che interviene attraverso un sistema istituzionale tutt'altro che coerente, per livello amministrativo - centrale, regionale e locale, per area di intervento - sociale, sanitaria, previdenziale, giudiziaria, per tipologia della prestazione - monetaria, assistenziale, universalistica, selettiva. Spesso però, e questo è uno dei punti non implementati della normativa, tali diritti non sono attribuiti ai soggetti istituzionali cui la Costituzione e la stessa Legge n. 328 conferiscono le competenze in materia assistenziale.

Il menù più consistente di prestazioni esigibili sono assicurate per legge dall'INPS, al quale il Governo sembra sempre più spesso ricorrere, contraddicendo il concetto stesso di federalismo. La motivazione addotta riguarda l'efficienza delle erogazioni, che con ben maggiore difficoltà verrebbero liquidate attraverso la rete dei servizi sociali comunali. In realtà, non c'è stato Governo dal dopoguerra ad oggi che non abbia cercato il consenso e la riconoscenza dell'elettore attraverso l'erogazione monetaria e un rapporto diretto con un Ente che rimanda direttamente al livello istituzionale nazionale. Le prestazioni erogate dall'INPS formano un elenco eterogeneo, alle quali però si può accedere possedendo requisiti definiti. In tal modo, il diritto è esigibile da parte delle persone che abbiano le condizioni sanitarie, sociali o economiche previste dalle norme. I beneficiari sono in gran parte disabili sensoriali, ma anche invalidi e, da tempi più recenti, madri e famiglie. Il flusso finanziario che lo Stato garantisce all'INPS per queste prestazioni è sicuramente rilevante, circa 5-6 volte la spesa che complessivamente sostengono tutti i Comuni assieme per tutte le prestazioni sociali da loro erogate. È bene ricordare che l'art. 24 della Legge n. 328 delegava il Governo ad emanare un Decreto legislativo per rivedere e aggiornare gli assegni e le indennità erogate dall'INPS, separando spesa assistenziale e spesa sanitaria e riequilibrando i pesi delle diverse categorie sociali di beneficiari. Nessun Governo successivo ha avuto il coraggio di mettere mano agli interessi consolidati. Quindi, le prestazioni erogate dall'INPS sono già diritti esigibili, e sarebbe opportuna una revisione generale delle norme di accesso e delle prestazioni stesse, in quanto esiste in merito una spesa rilevante e consolidata. Si può infine sostenere che queste prestazioni assistenziali, nell'ottica del federalismo e nel rispetto della Costituzione, andrebbero attribuite alle rispettive competenze di Regioni e Comuni.

## **Prestazioni assistenziali erogate dall'INPS**

---

- Assegno di assistenza agli invalidi civili
  - Indennità di frequenza scolastica a minori handicappati
  - Pensione di inabilità
  - Indennità di accompagnamento
  - Pensione ai ciechi assoluti
  - Pensione ai ciechi parziali
  - Indennità speciale ai ciechi ventesimisti
  - Pensione ai sordomuti
  - Indennità di comunicazione
  - Pensione sociale e Assegno sociale
  - Indennità di maternità e di paternità
  - Indennità per il congedo parentale
  - Assegno di maternità
  - Assegno per il nucleo familiare
  - Assegni familiari per lavoratori autonomi
  - Indennità di disoccupazione
  - Indennità per lavori socialmente utili
  - Indennità di mobilità
  - Indennità Cassa Integrazione Guadagni
  - Indennità di malattia
  - Assegno al nucleo con tre figli minori
  - Risarcimenti e assegni vitalizi alle vittime del terrorismo e della criminalità organizzata
  - Bonus famiglia
  - Carta acquisti
- 

Un secondo elenco di prestazioni sociali è contenuto nel DPCM 29/11/2001, che individua i livelli essenziali delle prestazioni da assicurare ai cittadini attraverso il sistema sanitario nazionale. Vale la pena ricordare che la Legge finanziaria dell'anno successivo recepì il contenuto di questo Decreto, conferendogli cogenza legislativa. Figurano numerose indicazioni di prestazioni socio-sanitarie in cui la componente sanitaria e quella sociale non sono operativamente distinguibili. Alcune di queste prestazioni socio-sanitarie sono completamente a carico del Fondo sanitario nazionale, per altre viene indicata una percentuale di costo a carico del cittadino o del Comune che lo assiste, in quanto la sua situazione economica non gli consente di sostenere il costo. Tale obbligo economico a carico del Comune costituisce già un LEP definito a livello legislativo. Anche per questo pacchetto di prestazioni sociali, incluse nei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), si può concludere che si tratta di diritti esigibili nell'ambito del diritto alla salute. Il loro finanziamento è incluso nel Fondo sanitario nazionale, ma non ne è nota la consistenza. Si tratta di un elenco generalmente condiviso, che andrebbe solo aggiornato e completato, alla luce dell'evoluzione sociale, ma anche delle esperienze che la Regioni hanno prodotto nell'ambito della non autosufficienza. Purtroppo i LEA socio-sanitari non

sono mai stati definiti con la stessa accuratezza con cui sono state normate le prestazioni sanitarie. Chiunque lavori in un'Azienda sanitaria o in un Comune e sia coinvolto negli interventi socio-sanitari conosce gli estenuanti confronti sulla competenza delle prestazioni e della spesa connesse ai singoli interventi. Basterebbe completare la definizione dei LEA socio-sanitari per consolidare un ulteriore spazio di diritti sociali esigibili. È aperto il dibattito se queste prestazioni debbano continuare a essere erogate dalle Aziende USL o se sia opportuna una diretta competenza dei Comuni. Probabilmente la seconda scelta avrebbe qualche eccessiva complessità organizzativa. Data comunque la competenza delle Regioni sulle politiche sanitarie, basterebbe attribuire ai Comuni - come ha fatto l'Emilia-Romagna - una funzione programmatoria anche sugli interventi socio-sanitari delle AUSL.

### **Prestazioni sociali e socio-sanitarie definite come livelli essenziali di assistenza sanitaria (DCPM 29/11/2001)**

<b>Livelli di assistenza</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>% di costo a carico degli utenti o dei Comuni</b>
<b><i>Assistenza territoriale, ambulatoriale e domiciliare</i></b>		
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare	Prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona	50%
Assistenza socio-sanitaria a donne, minori, coppie e famiglie a tutela della maternità per la procreazione responsabile e l'interruzione di gravidanza	Prestazioni socio-riabilitative a minori e adolescenti (assistenza sociale di tipo consultoriale, prestazioni sociali inerenti l'interruzione di gravidanza, protezione del minore in stato di abbandono e tutela della sua crescita anche attraverso adozioni e affidi e adozioni, interventi di prevenzione e assistenza dei minori vittime di abusi)	
Attività socio-sanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle loro famiglie	Prestazioni socio-riabilitative presso il domicilio	
Attività socio-sanitaria a favore di tossicodipendenti e/o delle famiglie	Programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza	
Attività socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Prestazioni socio-riabilitative presso il domicilio	
Attività socio-sanitaria a persone affette da AIDS	Prestazioni in regime ambulatoriale e domiciliare	

<b>Livelli di assistenza</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>% di costo a carico degli utenti o dei Comuni</b>
<b><i>Assistenza territoriale semi-residenziale</i></b>		
Attività socio-sanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle loro famiglie	Prestazioni socio-sanitarie in regime semi-residenziale	
Attività socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Prestazioni socio-sanitarie in regime semi-residenziale  Prestazioni diagnostiche, terapeutiche e socio-sanitarie in regime semi-residenziale per disabili gravi	30%
Attività socio-sanitaria a favore di tossicodipendenti	Programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza	
Attività socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semi-residenziale, ivi compresi interventi di sollievo	50%
Attività socio-sanitaria a persone affette da AIDS	Prestazioni socio-sanitarie in regime semiresidenziali	
<b><i>Assistenza territoriale residenziale</i></b>		
Attività socio-sanitaria a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle loro famiglie	Prestazioni socio-riabilitative in regime residenziale  Prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale	60%
Attività socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali	Prestazioni socio-sanitarie in regime residenziale, ivi compresi i soggetti con responsività minimale  Prestazioni socio-riabilitative in regime residenziale per disabili gravi	30%
	Prestazioni socio-riabilitative in regime residenziale per disabili privi di sostegno familiare	60%



<b>Livelli di assistenza</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>% di costo a carico degli utenti o dei Comuni</b>
Attività socio-sanitaria a favore di tossicodipendenti	Programmi di riabilitazione e reinserimento per tutta la fase di dipendenza	
Attività socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo	50%
Attività socio-sanitaria a persone affette da AIDS	Prestazioni di riabilitazione	
Attività socio-sanitaria a favore dei detenuti	Prestazioni socio-sanitarie per le dipendenze e disturbi mentali	

Un terzo elenco di prestazioni sociali esigibili è costituito dagli interventi che per legge devono essere assicurati dai Comuni. Qui la materia si fa più complessa e per certi versi incerta, ed è legata all'obbligo del Servizio sociale comunale di attivarsi in esecuzione di un provvedimento dell'autorità giudiziaria, quali:

- provvedimenti del Tribunale per i minorenni o delle altre Autorità competenti in tema di minori (es. giudice della separazione o giudice tutelare per minori in tutela), prescrivendo forme di protezione per il minore, comportano l'attivazione dei servizi sociali che debbono intervenire d'urgenza a favore del minore e, se disposto, anche dei genitori. Tali attività vanno dalla redazione di relazioni per il giudice all'esecuzione di provvedimenti puntuali (es. allontanamento), alla presa in carico del minore o dell'intero nucleo, al collocamento in ambito protetto del minore anche assieme a uno o più familiari dello stesso;
- provvedimenti del giudice tutelare, connotati da un contenuto prescrittivo di assistenza sociale a favore di adulti e anziani. Si tratta in particolare di provvedimenti giudiziari in tema di interdizione, inabilitazione e nomina di un Amministratore di sostegno.

Le prestazioni che il servizio sociale comunale deve erogare in applicazione delle norme di legge raramente sono previste in termini di interventi obbligatori. Un esempio è, per i minori, l'applicazione della Legge n. 184/1983 (art. 2 e seguenti); i minorenni devono infatti ricevere prestazioni obbligatorie dei Servizi sociali quando si trovano in stato di presumibile abbandono. Tale intervento sociale potrebbe anche essere attivato indipendentemente dall'avallo giudiziario, per mezzo dell'intervento urgente previsto dall'art. 403 del Codice civile. Più spesso la legislazione attribuisce genericamente alla competenza dei Comuni ambiti di intervento o materie specifiche. È il caso del DPR n. 616/1977 (art. 23 su assistenza economica in favore delle famiglie bisognose dei defunti e delle vittime del delitto, assistenza post-penitenziaria, interventi in favore di minorenni soggetti a provvedimenti delle autorità giudiziarie minorili nell'ambito della competenza

amministrativa e civile). Oltre alla legislazione che regola specifiche materie, occorre anche tenere presente le Convenzioni internazionali o le Carte dei diritti recepite dalla legislazione nazionale, come la recente Convenzione dell'ONU sulla disabilità. Opportuno è il lavoro di ricostruzione dei diritti esigibili che la legislazione attribuisce ai Comuni, come base per la definizione di un elenco di LEP organico e completo. Infatti, se i Comuni stanno già assicurando queste prestazioni, seppure in maniera non omogenea e puntuale, ne sostengono le spese e questo è un ulteriore mattone, assieme ai due già evidenziati (INPS e SSN), per sostenere che esiste già il finanziamento consolidato per una rilevante lista di LEP.

**Legge 8 novembre 2000, n. 328**

**"Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"**

Art. 2, c. 3

*I soggetti in condizioni di povertà o con limitato reddito o con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità di ordine fisico e psichico, con difficoltà di inserimento nella vita sociale attiva e nel mercato del lavoro, nonché i soggetti sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria che rendono necessari interventi assistenziali, accedono prioritariamente ai servizi e alle prestazioni erogati dal sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

Art. 22, c. 2

*[...] gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi [...] nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali.*

L'elencazione di interventi e misure e relativi destinatari dell'articolo in esame può essere così sintetizzata:

- 1. misure di contrasto alla povertà;*
- 2. misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio;*
- 3. interventi di sostegno ai minori ed ai nuclei familiari, anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie;*
- 4. misure per sostenere le responsabilità familiari;*
- 5. misure di sostegno alle donne in difficoltà;*
- 6. interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, ivi compreso la dotazione di centri socio-riabilitativi, di comunità alloggio e di accoglienza;*
- 7. interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali;*
- 8. prestazioni socio-educative per soggetti dipendenti;*
- 9. informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e l'autoaiuto.*

*(continua)*

c. 4.

*In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale [...] tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:*

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;*
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;*
- c) assistenza domiciliare;*
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;*
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.*

Infine è possibile considerare anche il sistema di accreditamento come un elemento riconducibile al concetto di livello essenziale (in termini di qualità riconosciuta *ex ante* della prestazione di cui ha diritto il cittadino/a che accede a un determinato servizio).

Pur essendo i LEP materia esclusiva statale, e solo come conseguente integrazione nella disponibilità legislativa della Regione, la modifica e l'ampliamento regionale di questo composito sistema di diritti esigibili può svolgere un ruolo non secondario nella possibilità di influire sul loro assetto attuale e futuro, sia per quanto riguarda ciò che è di competenza centrale (misure ex INPS, LEA sanitari e socio-sanitari) sia per quanto riguarda le sfere di proprie di intervento quali la spesa sociale dei comuni, il Fondo per la non autosufficienza, i criteri per l'accreditamento dei prestatori di servizi. La *governance* regionale stabilisce la premessa ed è risorsa imprescindibile per rafforzare il riconoscimento dei diritti, in particolare attraverso l'integrazione socio-sanitaria. Si tratta, al riguardo, di immaginare un vero e proprio programma regionale di armonizzazione dei livelli essenziali che, secondo le logiche proprie della *governance* qui descritta, porti a rendere evidente questo *corpus* e a stabilizzare, ottimizzandola, l'offerta oggi erogata.



## 2. La *governance* nei sistemi territoriali

### 2.1. Il contributo delle Aziende USL e dei Distretti alla *governance* socio-sanitaria

Aziende USL e Distretti sanitari, coerentemente con il livello amministrativo (geografico) di competenza, sono stati progressivamente chiamati (LR n. 29/2004; DGR n. 86/2006; DGR n. 2011/2007; PSSR 2008-2010; DGR n. 602/2008; DGR n. 602/2009) a co-promuovere una *governance* qualificata orientata al miglioramento dello stato di salute della popolazione e all'integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento alla non autosufficienza (LR n. 27/2004; DGR n. 509/2007; DGR n. 1206/2007), alla salute mentale (Piano attuativo salute mentale anni 2009-2011) e alla sanità pubblica (determinanti sociali della salute). Tale compito, detto altrimenti, si traduce in azioni di *governance* sia interna (governo clinico) che esterna, soprattutto con gli Enti locali e gli attori sociali del territorio.

In particolare, secondo la DGR n. 602 del 2008

*le AUSL sono chiamate a contribuire alla adeguata dotazione, al consolidamento ed alla qualificazione degli strumenti tecnici di supporto sia al livello intermedio (Ufficio di supporto) che al livello di ambito distrettuale (Ufficio di Piano). [...]*

*In particolare si richiama la necessità della partecipazione qualificata della AUSL alla costruzione integrata del Profilo di comunità, che deve rappresentare lo strumento unitario (sociale, socio-sanitario e sanitario) di lettura dei bisogni e dei determinanti della salute e del benessere in relazione alle specificità legate ad ogni territorio.*

*Inoltre, nella prospettiva dell'integrazione socio-sanitaria, le AUSL contribuiscono a perseguire ...:*

- *la connessione tra gli sportelli sociali e gli sportelli unici distrettuali e la predisposizione, su base distrettuale, di percorsi integrati ed unificati per usufruire dei vari servizi di rete;*
- *l'integrazione professionale, su base distrettuale, con gli operatori dei Comuni, per la definizione dei progetti assistenziali a partire dalla valutazione dei bisogni e della domanda, da promuovere anche mediante iniziative di formazione congiunta tra operatori dei servizi e/o operatori di sistema.*

*Per quanto riguarda il FRNA le Aziende [...] in attuazione della DGR 1206/2007 è necessario che sia garantito in ogni ambito distrettuale:*

- *la condivisa definizione tra Comuni ed AUSL e l'effettiva operatività di un programma di dimissioni protette che assicuri, alle persone non autosufficienti*

*dimesse dall'ospedale, la continuità assistenziale e l'adeguatezza dei percorsi assistenziali [...];*

- *un adeguato percorso condiviso tra AUSL e Comune per l'assistenza protesica, [...]. Devono essere definiti percorsi socio-sanitari integrati, attraverso una stretta collaborazione tra i Dipartimenti delle cure primarie delle AUSL per l'erogazione dell'assistenza protesica, gli specialisti medici per la prescrizione, i servizi territoriali (SAA, servizi territoriali per disabili, etc.) che assicurano la valutazione e l'accesso e i servizi sociali dei Comuni (DGR n. 602/2008, Allegato B, punto 9).*

I Distretti sanitari (vedi PSSR 2008-2010, pp. 127 e seguenti), in quanto articolazione del governo aziendale in ambito territoriale e sede della committenza sanitaria, sono chiamati a garantire la risposta integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali, in quanto prossimi alla comunità locale e nei quali i cittadini e le realtà locali si riconoscono e si vedono riconosciuti nelle proprie specifiche esigenze di salute. Il Distretto sanitario garantisce l'apporto del sistema sanitario al Comitato di Distretto e all'ambito territoriale, riguardo sia alle funzioni di programmazione e attuazione della pianificazione sanitaria e socio-sanitaria territoriale sia alla costituzione degli Uffici di Piano. Il Distretto è chiamato a concorrere alla realizzazione del sistema sociale e sanitario integrato e, in ambito sanitario, è sede dell'integrazione interdipartimentale, con particolare riferimento ai Dipartimenti delle cure primarie, di salute mentale, di sanità pubblica.

Dentro questo quadro, il Direttore di Distretto assume un ruolo chiave nel sistema di *governance* orientata all'integrazione socio-sanitaria, in quanto:

- rappresenta la funzione regionale e aziendale nell'ambito del Comitato di Distretto;
- costituisce la sede delle relazioni tra attività aziendali ed Enti locali, sul piano della programmazione, al fine di prefigurare le aree di bisogno e delineare i processi per la costruzione delle priorità di intervento.;
- partecipa formalmente alla funzione di programmazione in capo al Comitato di Distretto;
- assicura, coerentemente con i contenuti degli accordi tra l'Azienda USL e i Comuni del Distretto, il necessario apporto degli operatori, compresi i medici di medicina generale, operanti a livello distrettuale e aziendale, al funzionamento del nuovo Ufficio di piano e agli organismi multiprofessionali di attuazione dell'integrazione socio-sanitaria costituiti tra gli stessi Comuni e l'Azienda.

Il Distretto sanitario, in sintesi, può essere definito come co-regista della *governance* territoriale (a fianco dell'Ufficio di Piano) e della *governance* interna al servizio sanitario, in stretto rapporto con la Direzione generale dell'Azienda USL. Secondo la DGR n. 2011/2007:

*È responsabilità specifica del Direttore di Distretto:*

- *governare il processo di allocazione delle risorse tra le diverse linee di servizio garantite dai dipartimenti, orientando la produzione degli stessi verso forme di assistenza integrata, sia tra servizi sanitari, sia tra servizi sanitari e sociali. Tale processo di allocazione deve essere:*
  - *progettuale, contribuendo, per la parte di territorio aziendale di cui è responsabile, alla definizione del budget annuale dei dipartimenti, ivi compresi quelle ospedalieri;*
  - *di monitoraggio dell'adeguatezza della produzione quali-quantitativa e dei consumi, contribuendo alla valutazione dell'attività dei dipartimenti, ivi compresi quelli ospedalieri;*
- *governare le interfacce tra i dipartimenti e tra i servizi sanitari e sociali al fine di rendere stabili quelle modalità di integrazione che facilitino l'accesso ai servizi, la centralità del paziente e la continuità dell'assistenza in modo che il passaggio tra le diverse istanze dei servizi sia preoccupazione dell'organizzazione e non dell'utenza;*
- *contribuire, al fine della realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria, alla concertazione dei criteri e degli obiettivi per l'impiego del Fondo regionale per la non autosufficienza, istituito con l'art. 51 della LR 27/2004, di cui sono titolari gli Enti Locali.*

*[...] Le funzioni del distretto sono della stessa natura di quelle della Direzione Generale. La negoziazione sugli obiettivi da raggiungere, sulle risorse necessarie e sulle modalità di realizzazione costituisce la relazione principale tra le funzioni di governo aziendale e quelle di produzione, mentre il grado di partecipazione garantito ai professionisti che erogano i servizi per la definizione delle linee di sviluppo costituisce lo stile di governo. [...]*

*Così mentre la Direzione Generale stabilisce il quadro generale di compatibilità e le linee strategiche di direzione, la direzione del Distretto individua le soluzioni locali compatibili con il quadro generale, adeguando il quadro programmatico generale alla specifica situazione del distretto, e in relazione ai bisogni di servizi sanitari e socio-sanitari, e in relazione alle modificazioni auspiccate e realizzabili dell'erogazione dei servizi. Infatti la funzione di governo indirizza la gestione esercitata a livello dei dipartimenti orientando le modificazioni possibili, stabilendone le modalità di verifica e di aggiustamento continuo.*

*Da questo punto di vista la forma organizzativa generale dei Dipartimenti garantisce la distinzione delle funzioni di gestione proprie dei dipartimenti dalla funzione di governo, e le peculiarità dei dipartimenti non ospedalieri (come ad esempio il Nucleo delle Cure Primarie per il Dipartimento delle Cure Primarie) non stabiliscono delle relazioni specifiche e diversificate tra gli stessi e il Distretto.*

Gli strumenti di programmazione rilevanti per l'ambito distrettuale, sono il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale; il Programma delle attività territoriali (PAT), definito nell'ambito del Programma attuativo annuale del piano per il benessere

e la salute; il Piano delle attività per la non autosufficienza. Il Piano per la salute, contenuto nell'Atto di indirizzo triennale della Conferenza territoriale sociale e sanitaria, disegna il profilo di salute e della comunità distrettuale e pone i presupposti degli interventi prioritari per la salute e il benessere dei cittadini. L'unificazione degli strumenti di programmazione a livello distrettuale rappresenta un obiettivo strategico, da perseguire attraverso un processo di semplificazione e allineamento.

## **2.2. La *governance* e il ruolo delle Province**

Secondo la LR n. 2/2003 (artt. 18 e 27), quindi prima del PSSR 2008-2010, le Province erano chiamate a svolgere un composito insieme di compiti/funzioni: partecipare alla programmazione regionale (in campo sociale); promuovere l'integrazione delle politiche sociali con le altre politiche settoriali, con particolare riferimento al lavoro, alla casa, alla formazione professionale, all'istruzione, all'educazione e alla pianificazione territoriale; partecipare alla programmazione locale (Piani di zona) con compiti di coordinamento; predisporre specifici programmi provinciali inerenti ambiti di intervento che richiedono per l'appunto quel livello. In quel contesto, le Province erano chiamate a fornire la base informativa per la programmazione - rilevazione di bisogni e dell'offerta - e a promuovere il concorso del Terzo settore e delle Aziende pubbliche di servizi alla persona. Il PSSR ricolloca, con un ruolo ora ricompreso nella CTSS, le stesse funzioni:

*Il soggetto istituzionale con competenze di coordinamento a livello intermedio, sull'area delle politiche sociali e dell'integrazione tra queste e altre politiche (lavoro, casa, formazione professionale, istruzione, educazione, cultura e pianificazione territoriale), è la Provincia.*

*La Provincia nell'ambito della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria (CTSS) partecipa all'esercizio delle funzioni di:*

- *promozione dell'integrazione delle politiche sociali con altre politiche settoriali,*
- *rilevazione dei bisogni e dell'offerta di servizi del territorio al fine dell'implementazione del Sistema informativo socio-educativo-assistenziale provinciale,*
- *promozione della partecipazione del Terzo settore e delle ASP al sistema dei servizi,*
- *predisposizione di specifici Programmi di ambito provinciale integrati con la programmazione distrettuale,*
- *coordinamento della programmazione dei distretti con i programmi di ambito provinciale.*

*Attraverso la CTSS, la Provincia, i Comuni dell'ambito territoriale di riferimento e l'AUSL, ciascuno per le rispettive competenze, realizzano il coordinamento delle politiche sociali, sanitarie e socio-sanitarie. (PSSR 2008-2010, p. 27).*



Questo però non significa che le Province non giochino più un ruolo rilevante nel sistema e siano chiamate a partecipare, anche come primi attori, dalla *governance* locale. La Delibera dell'Assemblea legislativa n. 265 del 2009,<sup>6</sup> infatti, riconoscendo quanto la normativa regionale stabilisce, attribuisce alle Province una quota indistinta per le attività di coordinamento e supporto all'implementazione e gestione del sistema informativo dei servizi sociali, nonché per l'elaborazione dei Piani di zona. In particolare, tali risorse sono finalizzate al:

- a) *coordinamento e partecipazione alla definizione dei Piani di zona, assicurando il necessario supporto tecnico e informativo e attività di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria, ai sensi dell'art.2 comma 5 della L.R. 21/03;*
- b) *coordinamento, supporto e monitoraggio del processo di costituzione delle ASP, come previsto dalla legge regionale n. 2/03 e dalla deliberazione consiliare n. 623/04;*
- c) *implementazione e gestione dei sistemi informativi provinciali dei servizi sociali in raccordo con i sistemi informativi regionali;*
- d) *sviluppo del sistema di monitoraggio relativo all'affidamento in gestione di servizi socio-assistenziali, socio-sanitari e socio-educativi a norma dell'art. 22, comma 1 bis, della L.R. n. 7/94 così come modificata dalla L.R. n. 6/97;*
- e) *gestione delle attività di competenza delle Province in materia di autorizzazione al funzionamento di servizi per l'infanzia in attuazione della L.R. n. 1/00 e successive modificazioni, della direttiva approvata con DCR n. 646/05 e di servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in attuazione della L.R. n. 34/98, della L.R. 2/03, della L.R. 14/2008 e della DGR 846/2007;*
- f) *attuazione delle competenze della Provincia in materia di infanzia e adolescenza previste dalla L.R. 14/2008;*
- g) *sostegno alle attività dei costituiti Coordinamenti Provinciali degli Enti di Servizio Civile (CO.PR.E.S.C.), garantendo e verificando il rispetto dei criteri fissati dalla Regione, con riferimento a quanto richiesto dalla L.R. 20 del 2003 relativamente a: 1) raccordo dei bisogni del territorio e delle risorse del servizio civile, anche mediante la predisposizione della programmazione provinciale del servizio civile in coerenza con i Piani di zona; 2) supporto logistico, economico e operativo alle attività dei CO.PR.E.S.C.*

---

<sup>6</sup> "Programma annuale 2009: obiettivi e criteri generali di ripartizione delle risorse ai sensi dell'art. 47, comma 3, della LR n. 2/2003 in attuazione del Piano sociale e sanitario regionale".

La stessa delibera, inoltre, rfinanzia le Province con quote finalizzate per l'attuazione di due programmi trasversali:

*PROGRAMMA PROVINCIALE PER LA PROMOZIONE DELLE POLITICHE DI TUTELA E ACCOGLIENZA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA*

*Obiettivo del programma provinciale è conferire una proficua continuità alle iniziative promosse dalle Province già nei precedenti anni nelle seguenti aree:*

- a) promozione e sviluppo delle politiche di tutela dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;*
- b) promozione e sviluppo dell'affidamento familiare e qualificazione dell'accoglienza in comunità di bambini e ragazzi;*
- c) qualificazione e sostegno dei servizi, delle iniziative e degli interventi nell'ambito dell'adozione nazionale ed internazionale.*

*Obiettivi:*

- contributo all'omogeneizzazione e qualificazione dell'offerta dei servizi, finalizzata al superamento degli squilibri territoriali e volta alla specializzazione degli interventi;*
- formazione permanente degli operatori, formazione e supervisione delle équipes territoriali e centralizzate o di secondo livello, ai sensi dell'art. 18 L.R. 14/2008;*
- individuazione e diffusione delle buone prassi, anche mediante scambi sovra distrettuali e interprovinciali;*
- raccordo con la pianificazione locale nell'attuazione e valutazione del programma provinciale;*
- coordinamento dei diversi attori, istituzionali e non, che hanno competenze in materia di infanzia e adolescenza;*

*Il Programma viene predisposto con la collaborazione del coordinamento tecnico provinciale per l'infanzia e l'adolescenza, che ne supporta altresì l'attività di monitoraggio e di valutazione.*

*PROGRAMMA PROVINCIALE "PIANO TERRITORIALE PROVINCIALE PER AZIONI DI INTEGRAZIONE SOCIALE A FAVORE DEI CITTADINI STRANIERI IMMIGRATI"*

*Obiettivi:*

*Integrare e sviluppare le attuali reti dei servizi, in un'ottica di qualificazione, di continuità e di progressivo consolidamento territoriale delle politiche rivolte agli immigrati stranieri, da realizzare nell'ambito dell'integrazione tra competenze e soggetti diversi, pubblici e privati.*

*La Giunta regionale individuerà alcune aree tematiche che per il loro carattere di sperimentabilità, specificità e per la natura sovradistrettuale richiedono una programmazione di ambito provinciale, al fine di assicurare una più adeguata progettazione e realizzazione degli interventi.*

### **2.3. La *governance* e il Terzo settore**

Il Terzo settore rappresenta una componente fondamentale del sistema di *welfare* regionale. I soggetti che lo compongono - associazioni di promozione sociale, cooperative sociali e organizzazioni di volontariato - sono infatti interlocutori di rilievo per lo sviluppo delle politiche sociali, sia per la loro flessibilità organizzativa sia per la capacità di lettura dei bisogni e di elaborazione di strategie di intervento innovative. Nel definire la realizzazione del Sistema integrato di interventi e servizi sociali, la Legge regionale n. 2/2003 ribadisce e valorizza ulteriormente il ruolo del mondo del *no profit*, il quale, in una logica di concreta attuazione del principio di sussidiarietà, viene chiamato ad affiancare le istituzioni pubbliche. Il PSSR 2008-2010 riconosce e indirizza in modo preciso la partecipazione dei soggetti del Terzo settore alla programmazione integrata regionale, provinciale e zonale (successivamente normata dalla DGR n. 1682/2008). Il Terzo settore è quindi destinatario di specifiche azioni di governo-*governance* e attore a pieno titolo della *governance* regionale e territoriale inerente le politiche socio-sanitarie.

La Conferenza regionale del Terzo settore (istituita con la LR n. 3 del 1999), inoltre, viene regolarmente consultata in occasione dell'adozione di leggi, regolamenti o altri provvedimenti che siano di interesse per i soggetti rappresentati e, in particolare, in materia di tutela e promozione dei diritti di cittadinanza, istruzione e formazione e creazione lavoro, ricreazione sociale, promozione sportiva e tempo libero, promozione, organizzazione e distribuzione culturale, assistenza sociale e promozione della salute e tutela ed educazione ambientale.

Tra le espressioni di questo mondo, particolarmente importante nel processo di *governance* del sistema socio-sanitario è il ruolo svolto dalla cooperazione sociale. Le cooperative sociali iscritte all'Albo regionale sono 748 (di cui 34 consorzi, ovvero cooperative di secondo livello). Non tutte aderiscono alle principali centrali cooperative (672, di cui 34 consorzi). Le cooperative aderenti alle centrali cooperative presentano oltre 43.000 addetti (di cui 2.766 soggetti riconosciuti con svantaggio sociale), oltre 80.000 soci e un fatturato complessivo di quasi 1,5 miliardi di Euro (dati 2008). Delle 672 cooperative appena indicate, le aziende che producono prestazioni sociali, socio-sanitarie, sanitarie ed educative (cooperative sociali di tipo A e plurime) sono 451 (le altre sono cooperative di produzione la cui *mission* è quella dell'inserimento lavorativo di soggetti svantaggiati). Ogni azienda poi può avere una o più unità di offerta, per cui è presumibile immaginare che vi sia una media (assolutamente sottostimata) di almeno 2 unità di offerta cooperativistico-sociali per ogni comune della regione.

Nel quadro più generale del rapporto tra Terzo settore e Istituzioni regionali e locali, la cooperazione sociale ha sviluppato un particolare sistema di relazioni istituzionali con la Regione - da ultimo con un gruppo di lavoro misto con funzionari regionali, rappresentanti delle centrali cooperative e del Terzo settore regionale -, con l'intenzione che esso possa poi estendersi a tutti i livelli territoriali. Con il Protocollo di intesa tra la Regione Emilia-Romagna, le istituzioni rappresentative delle Autonomie locali dell'Emilia-

Romagna e le Organizzazioni regionali di cooperazione sociale (DGR n. 172/2009), tenuto conto del processo in atto di accreditamento dei fornitori delle prestazioni (vedi sopra), si stabilisce una piattaforma di obiettivi e di strumenti per realizzarli, tra cui:

- a) *collaborare, a tutti i livelli amministrativi e territoriali, nell'attuazione del Piano sociale e sanitario 2008-2010, garantendone impostazione e obiettivi, attraverso un coerente sistema di governance che veda, al pari del livello regionale, la partecipazione della Cooperazione sociale nei diversi ambiti di programmazione, costruzione e verifica del welfare territoriale e locale;*
- b) *condividere il sistema di accreditamento dei servizi socio-sanitari e assistenziali, nei suoi aspetti di implementazione della qualità, di crescita del sistema, e di costruzione di un rapporto nuovo tra pubblico e privato;*
- c) *garantire la partecipazione della Cooperazione sociale alla definizione del percorso e delle regole per la realizzazione dell'accreditamento, con la reciproca disponibilità ad arricchire, verificare la rispondenza del sistema agli obiettivi e alle reali condizioni di fattibilità e sostenibilità e, se necessario, modificarlo attraverso contributi di idee ed esperienza; [...]*
- e) *affermare la qualificazione del lavoro di cura sotto il duplice profilo della valorizzazione dei gestori, in particolare della Cooperazione Sociale, e della valorizzazione del lavoro e della professionalità degli operatori/lavoratori del settore.*
- f) *realizzare le condizioni per una maggiore valorizzazione della cooperazione sociale di inserimento lavorativo, quale soggetto imprenditoriale avente questo specifico e unico obiettivo, nella doppia veste di operatore professionale ed economico e soggetto attivo del lavoro.*

Per la realizzazione di questi obiettivi si prevedono i seguenti strumenti e azioni:

- *[...] partecipazione alla programmazione, al processo di accreditamento [...] e relativo monitoraggio delle procedure e dei criteri per l'accreditamento e del sistema tariffario conseguente;*
- *trasparenza nelle modalità di definizione dei criteri di contribuzione dell'utenza ai servizi accreditati [...];*
- *[...] ridisegno della rete e della gestione dei servizi in ambito territoriale;*
- *[...] sostegno del processo di strutturazione e qualificazione imprenditoriale delle cooperative sociali;*
- *[...] sostegno delle cooperative di inserimento lavorativo [...];*
- *istituzione, a livello regionale, di una Commissione consultiva sulla cooperazione sociale con la finalità di definire modalità per il perseguimento degli obiettivi individuati dalla normativa regionale in materia di Cooperazione sociale e per realizzare i contenuti del presente protocollo.*

## 2.4. Le forme contrattuali e regolamentari

Ai vari livelli di integrazione si sviluppano forme negoziali e accordi di diversa natura in funzione della piena attuazione delle pratiche di integrazione istituzionale, gestionale e professionale. Attraverso questi rapporti, che hanno gradi di vincolo/contrattuali diversificati (Mapelli, 2007), i diversi attori stabiliscono relazioni che determinano decisioni, in particolare, per quanto riguarda il processo e i contenuti del ciclo programmatico o la produzione di specifiche prestazioni. Le stesse relazioni sono determinate dalle possibilità normative che regolano lo o gli scambi. Le forme contrattuali inerenti la produzione, a parte l'accREDITamento, fanno riferimento a più indirizzi normativi nazionali e regionali, quali gli accordi volontari tra le parti per la regolazione delle reciproche relazioni istituzionali (Legge n. 142/1990, art. 27 e Legge n. 328/2000, art. 5) e il codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE.<sup>7</sup> La normativa regionale relativa al funzionamento del sistema di *governance* e programmazione prevede la formalizzazione di diversi accordi tra i soggetti della rete. Due accordi particolarmente rilevanti sono previsti dalla LR n. 2/2003: quello relativo all'esercizio associato, da parte dei Comuni, delle funzioni in campo sociale, e quello distrettuale, sempre dei Comuni, per la programmazione integrata.

Prima di presentare l'architettura stabilita dal PSSR è necessario precisare i significati delle diverse forme previste dallo stesso Piano, di seguito schematizzate secondo le linee di integrazione (Azienda USL di Ravenna, 2009).

<b>Integrazione comunitaria e istituzionale</b>	<b>Integrazione gestionale</b>	<b>Integrazione operativa</b>
accordi di partenariato e patti sociali	convenzioni	linee guida
protocolli di intesa	contratti di servizio	protocolli operativi e le procedure
accordi di programma (o accordi quadro di programma)		regolamenti
Conferenze dei servizi		

<sup>7</sup> Il riferimento nazionale è relativo alla Legge n. 381/1991; il riferimento regionale alle LR n. 7/1994 e n. 2/2003 e alla deliberazione n. 1851/1987 e prevedono le fattispecie del bando, del capitolato con relativo contratto o convenzione, la trattativa privata.

### ***Accordi di partenariato e patti sociali***

Istituzioni pubbliche e private si avvalgono di questi accordi per sancire impegni istituzionali reciproci in diversi ambiti d'azione. Con il mondo delle imprese *no profit* e le loro forme associative si possono stringere accordi di partenariato per sviluppare e innovare servizi, costruire percorsi di promozione di diritti di cittadinanza, costruire percorsi comuni di miglioramento della qualità nelle aree di interesse comune, valorizzare la responsabilità sociale delle aziende *no profit* e delle istituzioni partner, sviluppare comuni piattaforme informative, sperimentare sistemi di rendicontazione integrati. Inoltre, si possono promuovere accordi con le istituzioni carcerarie, giudiziarie e di polizia per lo sviluppo di azioni in tema di tutela della salute della popolazioni di riferimento. Altra declinazione è quella della sottoscrizione di patti orientati al "guadagno di salute" con i soggetti dell'area produttiva e commerciale, quali attori partecipi di un unico processo di promozione e tutela della salute e del benessere sociale.

### ***Protocolli di intesa***

Con essi le parti identificano obiettivi comuni e si impegnano a porre in essere specifiche azioni, obbligandosi tra loro a ottemperarvi e a produrre eventuali altri "atti" (contratti, convenzioni, accordi, ...) funzionali allo scopo. Oltre agli aspetti negoziali, questi protocolli sono più spesso una sorta di accordo quadro che le istituzioni e i vari soggetti sociali stipulano per accordarsi sulle modalità e le forme di coordinamento più opportune per arrivare a perseguire quegli interessi pubblici oggetto di negoziazione o accordo. Gli ambiti d'intesa tra Enti e organismi pubblici e privati relativamente all'area socio-sanitaria sono ampi. Sono da evidenziare, tra gli altri, i protocolli d'intesa con le Associazioni di categoria, le Associazioni di consumatori e di utenti, i Patronati, le Organizzazioni sindacali per strutturare percorsi di *advocacy* a tutela dell'esigibilità dei diritti degli utenti nel loro rapporto con i servizi.

### ***Accordi di programma (o accordi quadro di programma)***

Sono accordi tra istituzioni pubbliche e tra queste ed Enti del privato *no profit* e *profit* che prefigurano intese di valore strategico come la pianificazione integrata, la gestione di servizi in forma integrata per specifici *target* di utenza (es. bambini e adolescenti con disabilità), la gestione di un insieme di servizi che fanno riferimento a un consorzio di imprese, la gestione di servizi non soggetti a contratti strutturati (es. gestione "a retta") o altri simili. Si tratta di forme contrattuali "quadro", capaci cioè di impegnare le parti in un programma comune di azioni condivise e di declinare le reciproche responsabilità nel rispetto delle titolarità e autonomie delle parti. Gli accordi quadro di programma (vedi Legge n. 142/1990, Legge n. 241/1990, DLgs n. 267/2000) sono auspicati, in particolare, nella realizzazione di opere, interventi e programmi che richiedono, per la loro completa realizzazione, l'azione integrata e coordinata di Comuni, Province, Regioni e altre Amministrazioni e soggetti pubblici e con funzioni pubbliche. Questi accordi sono utilizzati per assicurare il coordinamento delle azioni, determinare i tempi, le modalità, il finanziamento e altri adempimenti. Si tratta di soluzioni contrattuali utili nelle situazioni

non regolate da altre forme, o quando si vuole promuovere l'innovazione di ambiti specifici di offerta (es. innovazioni di prodotto, revisioni del profilo dell'offerta privata e pubblica) e sviluppo (es. linee di servizio specialistiche, di secondo livello, ecc.), o nelle forme di gestione integrata tra istituzioni e organizzazioni diverse che dichiarano la loro volontà di accordarsi su sistemi e modelli di gestione, metodi e strumenti di lavoro, finalità e obiettivi della collaborazione, eventuali criteri di riparto e utilizzo delle risorse, modalità di verifica e valutazione congiunta dei risultati attesi. L'accordo di programma è un contratto di diritto pubblico; una volta sottoscritto, viene pubblicato sul Bollettino ufficiale della Regione. Nell'ambito socio-sanitario sono, ad oggi, privilegiati gli accordi relativi ai processi di pianificazione integrata (es. Piano di zona). È da valutare l'opportunità di utilizzare questi accordi nelle forme di gestione integrata dei servizi sociali, socio-sanitari e sanitari le cui funzioni e competenze afferiscono a istituzioni diverse (Enti locali, Azienda USL, Provincia). Un altro ambito privilegiato è il settore scolastico-educativo, dove risultano importanti gli accordi finalizzati all'integrazione scolastica e sociale dei minori disabili, degli immigrati e di altri bambini in difficoltà (in affidamento, adottivi, ...).

### **Conferenze dei servizi**

Ai fini della preparazione e della conclusione degli accordi di programma, sono previste specifiche Conferenze dei servizi, riunioni composte da soggetti che partecipano al medesimo procedimento amministrativo. Vi è una fase istruttoria, che viene utilizzata per garantire il coordinamento degli interessi dei soggetti coinvolti nell'attuazione del provvedimento amministrativo (accordo di programma). La fase decisoria prevede che i soggetti che vi partecipano siano chiamati a decidere su procedimenti tra loro connessi riguardanti medesime attività o risultati (es. modalità di realizzazione e risultati attesi del Piano di zona).

### **Convenzioni**

Servono a strutturare rapporti e impegni reciproci tra le parti secondo regole comuni e a disciplinare tali impegni in forme vincolanti e cogenti. La convenzione è un contratto che può essere stipulato fra Comuni, Province, Aziende USL per l'esercizio coordinato di determinate funzioni. Rappresenta uno strumento per la progettazione e la gestione in comune di servizi e per la realizzazione di interventi difficili da realizzare per una singola amministrazione.

È usata inoltre per disciplinare gli accordi nell'affidamento di servizi a enti terzi (appalti o concessioni di servizi) o per disciplinare i rapporti con gli organismi di volontariato. È utilizzata anche nell'acquisizione di prestazione e interventi quando l'interesse del committente pubblico verso servizi con caratteristiche di esclusività (es. strutture residenziali dedicate a particolari *target* di utenza) o di particolare valore sociale (es. inserimento lavorativo di persone svantaggiate) incontra l'offerta di fornitori del *no profit* che operano a livello locale. Attraverso questo accordo, l'ente pubblico riconosce al soggetto con cui stabilisce un rapporto i requisiti necessari per perseguire obiettivi

di interesse pubblico attraverso prestazioni e/o servizi da esso erogati; stabilisce di mettere a disposizione proprie risorse finanziarie o strumentali per il perseguimento degli obiettivi stabiliti; sancisce un proprio diritto di controllare, verificare e valutare l'operato del soggetto privato nell'ambito e nei termini dell'accordo stipulato (Bissolo, Fazzi, 2009).

### **Contratti di servizio**

È la forma prevista dalle disposizioni regionali in materia di accreditamento. Sostituirà le forme contrattuali ad oggi praticate nell'ambito della normativa dei contratti pubblici. Dovrà essere estesamente utilizzata per regolare tutti i rapporti di esternalizzazione e acquisizione di servizi. Essendo la disciplina sull'accREDITAMENTO di recente istituzione, è di fatto in fase di sperimentazione. Più in generale il contratto di servizio

*è una particolare tipologia negoziale rientrante nell'ambito dei contratti conclusi dalla P.A. che trova una compiuta definizione nelle norme di diritto pubblico (contratti ad evidenza pubblica). [...] Si può definire contratto di servizio il contratto mediante il quale un Ente pubblico affida ad un erogatore (il gestore) lo svolgimento di determinati servizi pubblici, con contestuale [eventuale] trasferimento di pubbliche funzioni, nonché di beni pubblici strumentali allo svolgimento del servizio affidato. Le parti contraenti vanno individuate da un lato nell'Amministrazione pubblica (affidante) e, dall'altro, nel soggetto gestore del servizio affidato (affidatario). L'Amministrazione pubblica deve sempre perseguire un interesse pubblico ed ogni sua singola azione deve quindi essere giustificata dal perseguimento di tale interesse. L'interesse perseguito dal contratto in esame consiste proprio nel soddisfacimento di un interesse generale a che una determinata platea di utenti usufruisca di un servizio pubblico. In tale ottica, gli utenti sono tutelati in quanto collettività e portatori di un interesse comune. Seppur destinatari, in ultima analisi, delle prestazioni oggetto del contratto di servizio non rivestono la qualifica di parti contraenti. Tuttavia la previsione di eventuali obblighi inerenti al servizio affidato (quali ad esempio la previsione di livelli minimi di qualità del servizio o determinati obblighi di informazione nei confronti degli utenti) potranno essere fatti valere dal singolo utente o perché riproposti tra le disposizioni che verranno poste per la disciplina dei rapporti contrattuali con i singoli utenti o comunque perché da questi richiamati per relationem. (Formez, 2005).*

### **Linee guida**

Strumenti di lavoro a disposizione delle figure professionali e dei gruppi di lavoro impegnati sul terreno della costruzione di collaborazioni efficaci, sono indicazioni che orientano l'operatività e traducono gli indirizzi generali in condizioni operative razionali, mantenendo uno spazio riflessivo e di discrezionalità esplicita e trasparente all'interno di una comunità professionale. Sono "promemoria aperti", meno vincolanti delle procedure e dei protocolli operativi; questi ultimi tendono a non lasciare margini di incertezza in settori o circostanze in cui l'esperienza è sufficientemente consolidata. Le linee guida



possono comunque contenere eventuali procedure e protocolli operativi a corredo delle indicazioni contenute in esse. In altri termini si tratta di orientamenti per il lavoro e l'assunzione di decisioni collegiali. Sono utili, in particolare, per organizzazioni nelle quali si privilegia il confronto fra pari e si punta ad armonizzare le pratiche (vedi la ricerca delle pratiche migliori o *best practice*) più che a "mettere in procedura" ogni singolo processo assistenziale. La ricerca di buone pratiche è infatti una forma di autoregolazione che vincola i professionisti al rispetto delle norme che loro stessi hanno definito attraverso elaborazioni consensuali, contribuendo altresì a creare un clima di "rispondenza fiduciaria" che, a sua volta, rinforza i comportamenti virtuosi e corretti e sanziona quelli opportunistici o burocratici. Le linee guida funzionano quindi come ponti e "mediatori culturali" fra professionisti di diversa appartenenza; questi ultimi, a partire dai limiti dei loro ambiti di azione, tenderanno a cercare punti e approcci comuni che possano qualificare le loro prassi. In questo senso, le LG assumono il valore di "mappe", anche cognitive, per i professionisti, che possono mantenere aperte e vigili le loro conoscenze e collegarle, con sensibilità, alle loro prassi. In definitiva, attraverso le linee guida si rinforzano le comunità di pratiche e l'apprendimento individuale e di gruppo, oltre che l'apprendimento organizzativo delle singole Aziende ed Enti locali.

### **Protocolli operativi e procedure**

Per codificare prassi di lavoro già sperimentate e condivise fra i diversi professionisti e organizzazioni coinvolte, ma che necessitano di regolazione (dovute a obblighi, esigenza di chiarezza o di trasparenza verso utenza e istituzioni, ...), si usano protocolli operativi e procedure con diversi livelli di definizione dei vari contenuti e vincoli per gli interessati. In particolare, le procedure si utilizzano per definire responsabilità, compiti, strumenti, tempi, garanzie per gli utenti, riferimenti metodologici e normativi e sono finalizzate a integrare le diverse pratiche nei percorsi di presa in carico di una certa complessità e ad alta integrazione fra livelli assistenziali, fra organizzazioni ed *équipe*.

I processi assistenziali e organizzativi più critici riguardano:

- aree di confine fra servizi: doppie diagnosi (sanitarie e sociali); *target* non ben identificabili nella titolarità (adulti in difficoltà); passaggio all'età adulta e all'età anziana dei *target* in carico ai servizi; persone a presa in carico continuativa (es. disabili) che interessano diversi servizi sanitari e sociali, pubblici e privati;
- aree marginali e critiche: famiglie monogenitoriali in difficoltà, adulti soli con problemi di salute mentale e tossicodipendenza, con bambini a carico, ex carcerati, senza dimora, immigrati richiedenti asilo, immigrati in condizioni di indigenza, minori stranieri non accompagnati; minori soggetti a provvedimenti dell'Autorità giudiziaria;
- popolazione femminile: percorsi integrati tra sociale e sanitario per la presa in carico delle donne nei processi di procreazione responsabile; delle neo-mamme e dei loro bambini nelle situazioni dove si rilevano disturbi emozionali delle gravide e puerpere (depressioni, ecc.) e inadeguatezza delle capacità genitoriali; percorsi di sostegno alle

donne in età matura che presentano problemi sanitari, psicologici e sociali propri dell'età (menopausa, ecc.), anche coinvolgendo il volontariato e sostenendo iniziative fra donne di auto-mutuo aiuto.

I protocolli operativi si attivano secondo le regole adottate nei sistemi di riferimento (sociale e sanitario) e nei sistemi prossimi a questi, relativamente alle aree di lavoro critiche.

Le procedure devono fare riferimento alle norme di qualità interne alle singole organizzazioni. Per l'Azienda USL il primo riferimento è l'accreditamento sanitario che ne disciplina le regole per la predisposizione, applicazione e valutazione. Per gli Enti locali il riferimento è relativo ai sistemi di qualità organizzati al loro interno o ai sistemi di certificazione nazionali e internazionali. Per i gestori in rete, il sistema di riferimento è l'accreditamento socio-sanitario o i sistemi di certificazione e i sistemi interni di qualità come detto sopra per gli Enti locali. Ogni procedura deve essere condivisa da tutti i soggetti interessati, validata e autorizzata dai vari referenti istituzionali, oltre che progressivamente aggiornata. Ogni procedura/protocollo operativo contiene i riferimenti normativi e regolamentari che rimandano a ciascun organismo coinvolto (sistema di certificazione, accreditamento, sistemi qualità interni, ...). Ogni procedura deve essere custodita presso i singoli Enti/organismi e presso gli organismi tecnici per il governo del sistema (Ufficio di supporto e Ufficio di piano).

### **Regolamenti**

Gli Enti pubblici, singoli o in forma associata, possono produrre specifici regolamenti al fine di garantire un equo accesso alle prestazioni, standard di qualità verificabili, un'offerta più adeguata ai bisogni rilevati, l'ottimizzazione delle risorse economiche, criteri di contribuzione alle prestazioni da parte dell'utenza. In particolare, i regolamenti devono essere in grado di dare garanzie circa i criteri di eleggibilità delle persone in stato di bisogno, le priorità di intervento, le modalità di accesso, la valutazione della presa in carico, delle prestazioni e dei relativi standard, dei diritti e dei doveri degli utenti-*target* e delle amministrazioni. Sono strumenti a garanzia della trasparenza e della buona ed equa amministrazione.

---

**accordo  
intercomunale di  
ambito distrettuale  
per la gestione  
associata delle  
funzioni**

*I Comuni esercitano le funzioni amministrative ed i compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete, in forma singola o associata, di norma in ambito distrettuale, secondo le forme previste dal Capo V del Titolo II del D.Lgs 18 agosto 2000, n. 267 (Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli Enti locali) e della LR 26 aprile 2001, n. 11 (Disciplina delle forme associative e altre disposizioni in materia di Enti locali).*

LR n. 2/2003, art. 16

**accordo  
di programma  
sul Piano di zona**

*Il Piano di zona, promosso su iniziativa del sindaco del Comune a ciò designato dai Comuni compresi nel territorio del distretto, è approvato con accordo di programma, secondo quanto previsto dall'art.19, comma 3 della legge 328 del 2000, tra i sindaci dei Comuni o tra gli organi competenti delle forme associative scelte dai Comuni, ai sensi dell'articolo 16 della presente legge, compresi nel territorio del distretto. Per gli interventi socio-sanitari, ivi compresi quelli connotati da elevata integrazione sanitaria, previsti anche dal Programma delle attività territoriali di cui all'art. 3 quater, comma 2 del D.Lgs n. 502 del 1992, l'accordo è sottoscritto d'intesa con il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale, nel rispetto di quanto stabilito all'articolo 11, comma 2.*

I soggetti del Terzo settore, gli altri soggetti senza fini di lucro e le ASP concorrono alla definizione del Piano di zona, con le modalità stabilite tramite accordo tra i Comuni, e partecipano all'accordo di programma attraverso protocolli di adesione. Il Piano di zona attuativo annuale può essere approvato con Accordo di Programma o con altra modalità, prevista nell'Accordo di programma triennale.

**convenzione per la  
costituzione degli  
Uffici di Piano**

- a) *convenzione, ai sensi del TUEL, tra i Comuni del distretto (o tra le forme associative intercomunali di ambito subdistrettuale), per l'esercizio associato delle funzioni tecniche, amministrative e gestionali conseguenti ai contenuti dell'accordo di programma con il quale si approva il Piano di zona triennale (del quale la bozza di convenzione dovrà costituire, a regime, allegato). La convenzione dovrà individuare il comune capofila il quale provvederà a stipulare apposita convenzione con l'Azienda USL, finalizzata al governo congiunto delle politiche e degli interventi socio-sanitari, alla costituzione dell'Ufficio di Piano garantendo le risorse finanziarie e le competenze professionali specifiche necessarie al suo funzionamento;*
- b) *negli ambiti distrettuali nei quali i comuni abbiano deciso di procedere, ai sensi del comma 1 dell'art. 11 della L.R. 6/2004, ad esercitare, sulla base di uno specifico accordo con la Regione, le funzioni del comitato di distretto tramite una delle forme associative intercomunali previste dal TUEL, l'esercizio delle funzioni amministrative sarà disciplinato nell'ambito del regolamento sull'organizzazione dei servizi della forma associativa e la convenzione con l'azienda USL verrà stipulata dal competente organo della forma associativa;*
- c) *negli ambiti distrettuali nei quali il territorio del distretto coincide con il territorio amministrativo di un unico Comune, l'Ufficio di Piano potrà essere integrato nell'organizzazione comunale e i rapporti con l'azienda USL saranno regolati da specifica convenzione.*

DGR n. 1004/2007

**convenzione  
sul Fondo regionale  
per la non  
autosufficienza**

La delibera di Giunta n. 1206/2007 riprende il tema della convenzione per la costituzione dell'Ufficio di Piano e prevede l'aggiornamento della convenzione stessa, per inserire nuove funzioni dell'Ufficio di Piano, relative al Fondo regionale per la non autosufficienza e la sua amministrazione.

*La Convenzione tra Comune capofila, o altro soggetto come individuato dalla citata Deliberazione, e AUSL dovrà oltre che indicare le risorse finanziarie e le figure professionali specifiche necessarie all'attività del Nuovo Ufficio di Piano, anche regolare ed organizzare l'esercizio delle funzioni in ordine all'utilizzo delle risorse, al monitoraggio e alla verifica in itinere dei risultati del Piano annuale per la non autosufficienza e dell'equilibrio del FRNA, anche garantendo l'obiettivo di ricostruzione "allargata" di tutti gli interventi a favore della non autosufficienza realizzati in ogni territorio come indicato nell'allegato alla deliberazione G.R. n. 509/2007. Inoltre nella convenzione di cui sopra o con atto integrativo della stessa, se già approvata, vengono definite le modalità dell'esercizio delle funzioni amministrative tecnico contabili della gestione del FRNA; tali funzioni possono essere assegnate: al Comune Capofila, all'Azienda USL, alla forma associativa costituita tra i Comuni tra quelle disciplinate dal T.U.E.L. e dalla L.R. 11/2001 e successive modifiche (L.R. 6/2004); al Comune, nel caso di coincidenza del territorio del distretto con quello di un unico Comune. In ogni caso deve essere assicurata una contabilità economica ed analitica dell'utilizzo del FRNA che consenta il rispetto delle modalità e dei tempi degli obblighi informativi delle AUSL verso la Regione e verso lo Stato.*

*Vengono altresì definite le modalità di gestione dei flussi informativi tra soggetto individuato come responsabile delle funzioni amministrative tecnico-contabili e l'Ufficio di Piano, al fine di garantire le informazioni necessarie a monitorare gli interventi e le attività del Piano annuale per la non autosufficienza, nella prospettiva di una ricostruzione "allargata", come indicato nella Deliberazione G.R. n. 509/2007."*

**aggiornamento  
degli accordi,  
nel PSSR**

Sulla base dell'esperienza maturata nel periodo 2003-2008, il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 descrive la materia come segue:

*Per esercitare l'insieme delle funzioni connesse a questi temi, occorre innanzitutto che i Comuni individuino, come previsto dall'art. 16 della L.R. 2/2003, uno strumento, di ambito distrettuale, strutturato e stabile, che consenta di esercitare al meglio le funzioni amministrative ed i compiti di programmazione, progettazione e realizzazione del sistema locale dei servizi sociali a rete. In questa direzione, peraltro, è già fortemente orientato e caratterizzato il Programma regionale di riordino territoriale ai sensi della L.R. 26 aprile 2001, n. 11 (Disciplina delle forme associative e altre disposizioni in materia di enti locali) per l'anno 2006.*

(continua)

*Alla luce di queste valutazioni e indicazioni, si possono individuare, come trasversali all'insieme delle funzioni sopra richiamate, due funzioni a livello distrettuale nell'area delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie:*

- *una funzione di governo, relativa alla programmazione di ambito distrettuale (comprensiva dell'area della non autosufficienza), alla regolazione e alla verifica dei risultati di salute e di benessere raggiunti, alla definizione delle regole per l'accreditamento, per l'accesso al sistema e per la compartecipazione alla spesa, alla costituzione delle ASP;*
- *una funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale, relativa alla definizione della programmazione ed alla sua attuazione (impiego delle risorse, rapporti con i produttori pubblici e privati, integrazione socio-sanitaria a livello organizzativo e professionale, monitoraggio e supporto alla valutazione).*

*L'esercizio integrato di queste funzioni da parte dei Comuni, potrà dunque, ai sensi dell'art. 29, comma 3, della L.R. 2/2003, realizzarsi:*

- *attraverso l'attuale Comitato di Distretto, affiancando all'Accordo di programma, col quale si approva il Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale e si definiscono nel rispetto delle indicazioni regionali le modalità di approvazione del Programma Attuativo Annuale (PAA), la contestuale stipula di una convenzione, secondo le modalità previste all'art. 30 del T.U. emanato con D.Lgs. 267/2000, tra i Comuni stessi e l'AUSL, finalizzata a regolare e organizzare l'esercizio della funzione amministrativa, individuando un Comune referente per l'ambito distrettuale (Comune capofila) e garantendo un'efficace continuità tra le funzioni di governo e le relative funzioni amministrative e tecnico gestionali;*
- *attraverso una delle altre forme associative disciplinate dal Capo V del Titolo II del T.U. emanato con D.Lgs. 267/2000 e dalla L.R. 11/2001. In questo caso l'accordo di programma è sottoscritto tra gli organi delle forme associative comprese nel territorio del distretto e l'organizzazione della funzione amministrativa sarà regolata secondo le norme che disciplinano il funzionamento dei servizi e degli uffici delle medesime forme associative.*

*Le funzioni attribuite al Comitato di Distretto potranno, in questo secondo caso, ai sensi e secondo le modalità previste dall'art. 11 della L.R. 6/2004, essere assunte da tale organismo di ambito distrettuale costituito dai Comuni, con la partecipazione formale del Direttore di Distretto. Negli ambiti distrettuali coincidenti con il territorio del Comune di Bologna, del Comune di Modena, del Nuovo Circondario Imolese, sia le funzioni di governo che quelle amministrative possono essere esercitate direttamente dai rispettivi enti.*

<b>accordi sulle funzioni legate all'accreditamento</b>	<p>Per poter implementare il sistema di accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari, come previsto dalla Delibera di Giunta n. 514/2009, è necessario che negli ambiti distrettuali vengano definiti, attraverso accordi tra i Comuni dell'ambito:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- l'organismo competente in materia socio-sanitaria e sociale per l'ambito distrettuale, che effettua le valutazioni fondamentali di tipo discrezionale preordinate al rilascio dell'accreditamento; tale organismo coincide con l'organismo che esercita le funzioni del Comitato di distretto, (l'Organismo competente per la forma associativa o del singolo Comune, se coincidente con l'ambito distrettuale);</li><li>- il soggetto istituzionale competente, individuato anch'esso attraverso un formale accordo tra i Comuni dell'ambito distrettuale, che svolge le procedure istruttorie e amministrative relative all'accreditamento; può essere rappresentato da un Comune, una Unione o una Comunità montana.</li></ul>
---	--

---

Un esempio di come queste diverse modalità si ritrovano nel processo decisionale espresso nelle *Linee guida e indirizzi operativi per l'integrazione socio-sanitaria delle zone ravennate* (Azienda USL di Ravenna, 2009).

## **2.5. La *governance* e la compartecipazione alla spesa**

Con la recente Legge finanziaria (LR 22 dicembre 2009, n. 24, art. 49) è stata modificata la LR n. 2/2003 in tema di concorso alla spesa dei servizi sociali, socio-educativi e socio-sanitari, ovvero per chi usufruisce del Fondo per la non autosufficienza e per chi rientra nelle materie sottoposte all'ISEE. Avendo particolare interesse a normare in tema di non autosufficienza, essa stabilisce che:

*In via transitoria e in attesa della definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) e del loro relativo finanziamento, sono previste forme di compartecipazione della persona assistita ai costi, non coperti dal Fondo regionale per la non autosufficienza, delle prestazioni relative ai servizi socio-sanitari a favore delle persone non autosufficienti anziane o disabili* (LR n. 24/2009, art. 49, c. 2).

Al contempo però, essa si tiene aperta la strada di poter intervenire anche su altre questioni non meno importanti, come il sostegno alle famiglie numerose, come si ribadisce alla fine dello stesso art. 49 quando si dice:

*La Giunta regionale, con le procedure di cui all'articolo 49, comma 1 della legge regionale n. 2 del 2003, previa verifica dei risultati della relativa sperimentazione, potrà estendere ad altri servizi che prevedono il concorso economico della Regione i principi previsti da tale disposizione, con particolare riferimento alla tutela delle famiglie numerose, fatta salva la normativa specifica per quelli sanitari e per i servizi pubblici locali di rilevanza economica.* (LR n. 24/2009, art. 49, c. 2).

Nella sostanza la Regione Emilia-Romagna si autonomizza dal sistema ISEE e introduce, sulla base di una Direttiva della Giunta, criteri propri per la definizione dei costi che devono gravare sui cittadini nella fruizione di una serie di prestazioni quali l'assistenza domiciliare, i servizi semiresidenziali e residenziali. Tali criteri sono:

- a) *applicazione, in via generale, dell'indicatore della situazione economica del solo assistito;*
- b) *previsione, quale criterio ulteriore, ai fini della valutazione della situazione economica equivalente dell'assistito, del computo di eventuali indennità di carattere previdenziale e assistenziale percepite dall'utente, considerate esenti ai fini IRPEF, da definirsi nella stessa direttiva, fatte salve le indennità di natura risarcitoria;*
- c) *individuazione di limiti percentuali, differenziati per tipologia di servizio, della quota dei redditi esenti ai fini IRPEF, comunque incidenti sulla determinazione della contribuzione ai costi;*
- d) *in deroga al criterio previsto alla lettera a), allargamento della valutazione economica ai familiari conviventi, ai sensi dell'articolo 2, commi 2 e 3, del decreto legislativo n. 109 del 1998, nel caso in cui il coniuge o altro convivente, anziano o figlio disabile del soggetto assistito, siano costretti per il sostentamento e per il mantenimento del proprio equilibrio di vita a far riferimento ai redditi dell'assistito;*
- e) *per i servizi residenziali per anziani, trovano applicazione i criteri previsti alle lettere b) e d), nonché, quali criteri ulteriori, la valutazione del patrimonio costituito da beni immobili e mobili registrati nonché la previsione, nel caso di impossibilità dell'assistito di fare fronte all'intera quota a proprio carico, della richiesta di compartecipazione al costo del servizio ai familiari in linea retta entro il primo grado in ragione della loro situazione economica; tale situazione è determinata tenendo conto del valore ISEE del singolo familiare e dei soggetti fiscalmente a suo carico; è comunque fatta salva una quota minima di reddito spettante all'assistito per fare fronte alle spese personali;*
- f) *previsione di un margine di variabilità delle soglie di contribuzione a livello territoriale, in considerazione delle specifiche condizioni socioeconomiche che caratterizzano i diversi ambiti distrettuali. (LR n. 24/2009, art. 49, c. 3).*

Dispositivo centrale dell'implementazione della norma è la Direttiva della Giunta. Dal punto di vista della *governance*, essa è il frutto di un processo decisionale che impegna la Giunta sia a concertare a livello politico e istituzionale - "acquisito il parere del Consiglio delle Autonomie locali, sentita la Commissione Consiliare competente" (comma 1) - sia a recepire le indicazioni di un organo tecnico, ma il cui profilo assume una non irrilevante funzione politica per i compiti che ha e per il percorso di composizione e di funzionamento. La legge infatti, stabilisce la costituzione di un Comitato tecnico-consultivo in materia di compartecipazione al costo dei servizi, quale:

*[...] organo di consulenza e proposta alla Giunta regionale per il coordinamento complessivo delle funzioni regionali nelle materie di cui al presente articolo e per la formulazione di proposte di linee guida e raccomandazioni tecniche sulla base delle migliori pratiche rilevate. Con atto di Giunta sono disciplinati la composizione, la durata in carica e il funzionamento del comitato. La partecipazione ai lavori del comitato rientra nei compiti istituzionali dei partecipanti e, pertanto, non dà luogo ad alcun compenso o rimborso. (LR n. 24/2009, art. 49, c. 4).*



## 3. Lo stato di salute del sistema

### 3.1. Un sistema in crescita

Un monitoraggio del sistema di *governance* delle politiche sociali e sanitarie della Regione Emilia-Romagna è stato effettuato dall'Area Innovazione sociale dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale nell'estate 2009, al termine della stagione di programmazione. Emerge che il livello di attuazione e condivisione degli orientamenti regionali sulla *governance*, da parte dei diversi attori e ambiti territoriali, è decisamente alto. Al contempo risultano alcune aree di possibile miglioramento e opportunità di sviluppo.

Per rappresentare la base consolidata su cui il sistema è giunto a livello di integrazione tra politiche sociali e politiche sanitarie, occorre sviluppare un lungo elenco di obiettivi raggiunti.

#### ***Organismi di governance***

- La Cabina di regia funziona regolarmente ed è sede di concertazione tra Regione ed Enti locali sulle iniziative e sulle norme.
- Tutti i territori delle Aziende USL hanno costituito le Conferenze territoriali sociali e sanitarie, con compiti di coordinamento e indirizzo.
- I Comuni e le Aziende USL hanno definito ambiti distrettuali coincidenti con gli ambiti sociali zonali.
- In tutti i Distretti i Comuni hanno scelto una forma istituzionale per la gestione associata delle funzioni in ambito sociale e sanitario e hanno individuato l'organismo competente per la programmazione, che ha assunto anche le funzioni del Comitato di Distretto.

#### ***Supporti tecnici agli organismi di governance e sistema di accesso***

Il Comitato tecnico-scientifico della Cabina di regia funziona regolarmente, approfondisce le tematiche e istruisce i provvedimenti oggetto dell'attività della Cabina stessa.

L'Agenzia sanitaria e sociale regionale ha istituito l'Area Innovazione sociale.

Tutte le Conferenze territoriali sociali e sanitarie hanno istituito gli Uffici di supporto, d'intesa con i Comuni.

In tutti gli ambiti distrettuali sono stati istituiti gli Uffici di Piano, sulla base di una convenzione tra il soggetto istituzionale scelto dai Comuni per la gestione associata e l'Azienda USL.

In quasi tutti i Distretti sono stati istituiti gli Sportelli sociali.

### **Strumenti di programmazione**

Nel maggio 2008 la Regione ha approvato il Piano sanitario, integrato per la prima volta con il piano sociale.

Tutte le CTSS nel corso del 2008 hanno approvato l'Atto di indirizzo e coordinamento, contenente il Profilo di comunità, con contenuti coerenti con il PSSR e con un indice degli argomenti analogo a quello previsto nelle indicazioni regionali,

Tutti gli organismi di ambito distrettuale competenti per la programmazione nel 2009 hanno approvato i Piani triennali di zona per la salute e il benessere sociale 2009-2011, attraverso appositi Accordi di programma e i Piani attuativi 2009. I Piani sono coerenti sia con il Piano sociale e sanitario regionale sia con gli Atti di indirizzo della locale CTSS e sono redatti secondo le indicazioni della apposita direttiva regionale.

## **3.2. Gli atti di indirizzo delle CTSS**

L'Atto di indirizzo è uno strumento di programmazione introdotto solo nell'ultima stagione di programmazione. Consiste in un documento, esito della *governance* in un ambito territoriale intermedio, coincidente con il territorio dell'Azienda USL. Recepisce e declina la programmazione regionale e orienta la programmazione in ambito distrettuale. All'Atto di indirizzo viene chiesto il raccordo e il collegamento con altre programmazioni di livello provinciale, quali, in particolare, i Piani territoriali di coordinamento, ma anche con le programmazioni di settore della Provincia (es. programmi delle politiche del lavoro e della formazione professionale).

In altri termini, le dinamiche *top down* e *bottom up* sono complementari e circolari, sia sul piano formale (normativo) sia su quello informale (non normato). Per usare una metafora, si è di fronte a una programmazione "a matrioska", costantemente scomposta e ricomposta.

Da questo punto di vista, la *governance* svolge la funzione di metodo di partecipazione responsabilizzante, promuovendo il governo del *welfare* territoriale, favorendo la relazione tra gli attori dell'ambito distrettuale, interpretando e declinando gli indirizzi programmatici ed economico-finanziari, frutto della *governance* regionale. L'Atto di indirizzo è "semplicemente" la fissazione di un determinato momento dello stato/processo di *governance* per un determinato territorio provinciale.

Secondo le "Linee per la definizione del ruolo e del funzionamento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie e dell'Atto di indirizzo e coordinamento", approvate dalla Cabina di regia (P.G. n. 55319 del 26/2/2008), lo schema dell'Atto di indirizzo prevede il seguente indice:

- quadro di riferimento;
- profilo di comunità;
- indirizzi e priorità strategiche per i piani di zona distrettuali;
- indirizzi per il coordinamento, la partecipazione, il monitoraggio e la valutazione.

Nel capitolo sulle priorità strategiche vengono ricompresi anche gli indirizzi per la non autosufficienza, per il Programma attuativo locale dell'Azienda USL, per i programmi provinciali in area sociale, per i programmi formativi, per lo sviluppo di interventi integrati con altre politiche con impatto su salute e benessere e per l'individuazione delle priorità degli investimenti da finanziare ai sensi dell'art. 48 della Legge regionale n. 2/2003.

Dall'analisi degli Atti di indirizzo relativi all'ultima tornata programmatoria, comprensivi dei Profili di comunità, promossa dall'Assessorato regionale (IRESS, 2009) emerge, in merito alla *governance* del processo programmatorio, un giudizio articolato.

Per quanto riguarda i Profili di comunità, nonostante le diversità riscontrate -

*l'analisi degli Atti evidenzia che in quasi tutti i documenti è presente un capitolo denominato "Profilo di comunità", ma con notevoli diversità rispetto ai contenuti informativi presentati. Alcuni si sono conformati pienamente allo schema regionale. Si tratta di quei documenti nei quali è presente una rielaborazione del Profilo di comunità con informazioni dettagliate rispetto ai contenuti e ai processi ...; altri se ne sono maggiormente discostati limitandosi a richiamare i processi per la predisposizione del Profilo o ... semplicemente citandolo senza inserirlo.*

- si può affermare che il processo ha visto coinvolte attivamente, sotto la regia degli Uffici di supporto, le figure professionali competenti

*Nella stesura dei Profili di comunità sono stati coinvolti tanti professionisti di ambiti diversi che insieme hanno prodotto e analizzato le informazioni ... Si tratta solitamente di funzionari (qualche decina per Profilo) competenti di tutte le aree tematiche trattate e di diverse istituzioni/servizi (Provincia, Comuni, AUsl, Aziende ospedaliere, Acer, Arpa, Ufficio scolastico provinciale, Aziende per i servizi alla persona), che hanno scritto "pezzi" di documenti e che hanno partecipato a gruppi di lavoro, seminari, riunioni. Ma è soprattutto il personale di AUsl e Provincia ad avere avuto il maggiore coinvolgimento. Per l'AUsl vengono spesso citati funzionari del Dipartimento di sanità pubblica, del Servizio epidemiologia e comunicazione, dei Nuclei cure primarie, delle Direzioni attività socio-sanitarie, del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche, della Direzione strategica programmazione e controllo, del Dipartimento materno infantile. Per la Provincia sono stati coinvolti gli Uffici/settori statistico, quelle delle politiche sociali e per la salute, della formazione professionale, istruzione, delle politiche attive del lavoro, delle politiche giovanili, dell'immigrazione, del Terzo settore. Inoltre, sono stati coinvolti tutti gli Osservatori provinciali attivi: ad esempio, sulle politiche sociali, sul mercato del lavoro, sui rifiuti, sull'immigrazione o, nel caso di Piacenza, da una specifica sezione dell'osservatorio denominata "Monitoraggio dei bisogni e della vulnerabilità";*

le Università

*La regia tecnica dell'intero processo è stata curata in tutti i territori dall'Ufficio di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria che, in più di un caso, è stato ridefinito nella sua composizione nel corso del 2008 ... Gli Uffici di supporto hanno chiesto anche collaborazioni alle Università presenti nel loro territorio*

*soprattutto per avere un aiuto nella difficile sistematizzazione dei tanti contenuti informativi ... Le professionalità prevalentemente coinvolte (sociologi, epidemiologici, ecc.) ricoprono soprattutto il ruolo dirigenti o coordinatori di servizi/uffici. Poco citate le figure professionali di base, quali ad es. educatori, assistenti sociali, operatori sanitari, presumibilmente in quanto poco coinvolti in questi processi.*

#### gli Amministratori

*I Profili sono stati poi discussi con altri importanti attori del welfare locale: innanzitutto, gli amministratori (sindaci, assessori dei vari distretti) coinvolti secondo varie modalità. ... Se ne deduce uno sforzo importante degli Uffici di supporto nel coinvolgere gli amministratori locali, anche nella lettura delle comunità locali, ossia su un documento tecnico, quale il Profilo, che costituisce la "trama" (come dicono alcuni territori) sulla quale costruire poi la programmazione locale. Altri soggetti coinvolti sono stati i referenti del Terzo settore e delle organizzazioni sindacali. Difficile parlare di effettiva partecipazione, piuttosto si è trattato di presentare e raccogliere ulteriori suggerimenti o riflessioni, confluite nel documento finale*

#### il Terzo settore

*... È opinione diffusa tra i territori ... l'essere riusciti a coinvolgere il Terzo settore più nella predisposizione del Profilo di comunità che in quella dell'Atto di indirizzo. Ciò è da ricondurre spesso a cause esterne (ad esempio, il ricorrente problema dei tempi stretti di approvazione dei documenti), ma anche a scelte locali legate alle note difficoltà, per il Pubblico, nell'individuare in particolare rappresentanti di Associazione di promozione e di volontariato di livello provinciale. Laddove presenti, tali strutture di rappresentanza sono state contattate ... Si tratta quasi sempre di un coinvolgimento teso ad informare, presentare i contenuti dell'Atto ma, in alcuni casi, anche a recepire entro l'Atto indicazioni e riflessioni proposte dalle organizzazioni non profit.*

Per quanto riguarda gli Atti di indirizzo, in termini di contenuti emerge che:

*L'individuazione di aree di intervento strategico, ossia di priorità per il triennio 2009-2011, rappresenta la parte centrale del documento programmatico alla quale tutti gli Atti dedicano uno o più capitoli. Comune a tutti è la suddivisione delle priorità per target di popolazione e per tematiche trasversali (come anche da indicazione dello schema regionale) ... famiglie, minori, immigrati, disabili, anziani, adulti in condizione di disagio/povertà, giovani. È tuttavia evidente in alcuni Atti il tentativo di superare l'approccio "target di popolazione/bisogni/obiettivi", cercando di individuare temi trasversali nei quali ricomprendere le indicazioni per le famiglie, per gli anziani, ecc. ... Gli Atti riportano anche priorità afferenti a cosiddette tematiche trasversali: piuttosto comune è la scelta di posizionare in quest'area gli obiettivi riguardanti la casa e il lavoro. Alcuni Atti vi includono anche obiettivi per la sicurezza e la coesione sociale, a contrasto della vulnerabilità sociale, per la prevenzione di eventi incidentali, per preservare e arricchire il capitale sociale,*

*per favorire l'ottica di genere, la qualità dei servizi offerti, ecc. ... Negli Atti le priorità sanitarie sono ben individuabili dall'indice, seppure, anche in questo caso, siano evidenti orientamenti e scelte differenti. La collocazione e il rilievo dato alle priorità sanitarie sono in relazione al prevalere o meno di una impostazione sanitaria del documento programmatico stesso. ... Vi sono infine alcuni Atti nei quali si rintracciano ulteriori modalità di riaggregare i tanti obiettivi/indirizzi prioritari, di selezionarne alcuni ritenuti particolarmente prioritari. ... infine, - sono da - evidenziare quegli Atti nei quali è rintracciabile tra le priorità per il triennio una specifica attenzione all'ottica di genere ... Il complessivo quadro illustrato evidenzia come sia difficile il confronto fra le scelte programmatiche in termini di contenuti specifici compiute dai territori, in quanto essi sono diversamente classificati all'origine.*

Dal punto di vista del ruolo degli Amministratori si evidenzia che:

*L'Atto di indirizzo pone la Conferenza territoriale sociale e sanitaria quale nodo strategico per la pianificazione degli interventi per la salute e il benessere sociale, attribuendo un ruolo centrale della politica nelle scelte programmatiche. Occorrerebbe sollecitare gli amministratori a prendere coscienza del ruolo aggiuntivo ad essi richiesto in quanto componenti della Conferenza stessa. Anche questa certamente una sfida alla quale sono chiamati a rispondere tutti i territori.*

### **3.3. Aree di possibile miglioramento e opportunità di sviluppo**

Il processo di maturazione del sistema di *governance* è stato relativamente rapido: prefigurato nel 2003 con la LR n. 2, ha trovato una prima rappresentazione nel 2005, in coincidenza con l'istituzione della Cabina di regia, ma è stato formalizzato solo nel 2008 con l'approvazione del primo Piano sanitario e sociale regionale.

Come tutti i sistemi di governo giovani, il primo problema è garantirne la continuità e il consolidamento. Uno strumento possibile è certamente la formazione, sia degli amministratori che dei dirigenti e degli specialisti, per condividere e approfondire gli aspetti costitutivi del sistema.

La condizione imprescindibile è comunque considerare l'attuale sistema di *governance* e programmazione in una dimensione dinamica, sempre migliorabile e adattabile al mutamento del contesto.

La lettura degli atti di programmazione e interviste a testimoni significativi hanno consentito di individuare opportunità di miglioramento e di sviluppo del sistema, riportate di seguito come materiali per ulteriori approfondimenti. Le opportunità sono sistematizzate secondo una classificazione ormai usuale nelle rappresentazioni del sistema.

## **Organismi**

- L'attività e il ruolo della Cabina di regia sono generalmente apprezzati. È autorevole e svolge un'importante funzione di concertazione tra Regione ed Enti locali. L'unico appunto che viene avanzato è una insufficiente attenzione alla comunicazione. Principalmente dal mondo delle Aziende USL, ma anche da quello dei piccoli Comuni, si lamenta la difficoltà a conoscere le decisioni della Cabina, ma anche a comprenderne le motivazioni. Probabilmente strumenti semplici, quali un sito informativo o l'uso di periodici - ad es. *Qualità sociale* - consentirebbero di ridurre il problema. È anche opportuno sollecitare i Presidenti delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie, presenti nella Cabina di regia, affinché svolgano un ruolo di collegamento tra la Cabina e i soggetti istituzionali del territorio.

Viene rilevato che alcuni importanti strumenti di programmazione non ricevono una adeguata attenzione dalla Cabina di regia. Si fa riferimento, ad esempio, alle linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale. Viene suggerito anche di verificare con quali forme la Cabina di regia possa integrare la propria azione con le politiche scolastiche per particolari tematiche, quali l'integrazione scolastica degli allievi diversamente abili, l'integrazione interculturale, il diritto allo studio.

- La Conferenza territoriale sociale e sanitaria, le cui innumerevoli funzioni sono riportate nel Piano sanitario e sociale regionale, generalmente non è oggetto di particolari rilievi. Secondo alcuni, le diverse CTSS non hanno una rilevante funzione di indirizzo in tutti i territori, ma questa opinione non è avvalorata dalla lettura dei diversi Atti di indirizzo (vedi oltre), che hanno struttura e ampiezza dei contenuti praticamente analoghi.

Il principale limite delle Conferenze è l'assenza di una personalità giuridica, fatto che impedisce all'organismo di assumere formalmente decisioni immediatamente operative. Di fatto però, anche le decisioni di natura più gestionale, quali la ripartizione tra i Distretti del Fondo regionale per la non autosufficienza, vengono recepite immediatamente dai Comitati di Distretto e quindi l'assenza di personalità giuridica non costituisce un grave problema. Maggiormente complessa è l'attività di normazione, dato che i regolamenti di accesso ai servizi, per esempio, una volta validati dalla CTSS, debbono poi essere approvati dal Direttore generale dell'Azienda USL o dai Comuni, a seconda delle competenze.

- Più articolata è la situazione dei Comitati di Distretto. Oggi la forma prevalente di accordo tra i Comuni per la gestione associata delle funzioni in ambito sociale e sanitario, è la convenzione. Un terzo circa dei Comuni (104 su 341) hanno scelto l'Unione dei Comuni o la Comunità montana (Bolgherini, 2009; Zavatti, 2009). Tali forme hanno conseguenze importanti dal punto di vista dell'efficacia dell'azione di governo. D'altra parte i Comuni sono stati sollecitati a scegliere una forma di gestione associata, sia dal Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010 che, nel capitolo 2°

della Parte prima, promuove l'integrazione istituzionale come principio fondamentale di *governance*, sia dalla LR 22 giugno 2008, n. 10, che detta misure per il riordino territoriale, l'autoriforma dell'amministrazione e la razionalizzazione delle funzioni.

Il quadro della distribuzione delle competenze sociale e socio-sanitaria, aggiornato al 31 dicembre 2009, è riportato nelle tabelle seguenti, in generale e nel dettaglio.

### Politiche sociali e socio-sanitarie: *governance* associata dei Comuni, in ambito distrettuale

Provincia/ Ambito distrett.	Comuni	Ente capofila ambito distrettuale	Note	Organismo politico distrettuale
<b>PIACENZA</b>	<b>48</b>			
Ponente	23	Comune di Castel San Giovanni		Comitato Distretto
Città	1	Comune di Piacenza	Comune e Distretto coincidono	Comitato Distretto
Levante	24	Comune di Fiorenzuola d'A.		Comitato Distretto
<b>PARMA</b>	<b>47</b>			
Parma	5	Comune di Parma		Comitato Distretto
Fidenza	13	Comune di Fidenza		Comitato Distretto
Valli Taro e Ceno	16	Comunità montana Taro Ceno	Comunità montana sub-distrettuale (15 Comuni, Medesano convenzionato con CM)	Giunta Comunità montana
Sud-est	13	Comune di Langhirano		Comitato Distretto
<b>REGGIO EMILIA</b>	<b>45</b>			
Montecchio E.	8	Unione Val d'Enza	Unione sub-distrettuale (7 Comuni, Canossa è convenzionato con Unione)	Giunta Unione
Reggio Emilia	7	Comune di Reggio Emilia		Comitato Distretto
Guastalla	8	Unione della Bassa Reggiana		Giunta Unione
Correggio	6	Unione della Pianura Reggiana		Giunta Unione
Scandiano	6	Unione Tresinaro Secchia	Unione sub-distrett. (4 Comuni, Viano e Baiso convenzionati con Unione)	Giunta Unione
Castelnuovo ne' M.	10	Comune di Castelnuovo ne' M.		Comitato Distretto

(continua)

<b>Provincia/ Ambito distrett.</b>	<b>Comuni</b>	<b>Ente capofila ambito distrettuale</b>	<b>Note</b>	<b>Organismo politico distrettuale</b>
<b>MODENA</b>	<b>47</b>			
Carpi	4	Unione Terre Argine		Giunta Unione
Mirandola	9	Unione Comuni modenesi area nord		Giunta Unione
Modena	1	Comune di Modena	Comune e Distretto coincidono	Comitato Distretto
Sassuolo	8	Comune di Sassuolo		Comitato Distretto
Pavullo nel Frignano	10	Comune di Pavullo	CM sovra-distrettuale (11 Comuni)	Comitato Distretto
Vignola	9	Unione Terre dei Castelli	Unione sub-distrett. (8 Comuni)	Comitato Distretto
Castelfranco Emilia	6	Comune di Castelfranco Emilia		Comitato Distretto
<b>BOLOGNA</b>	<b>60</b>			
Casalecchio di Reno	9	Comune di Casalecchio di Reno		Comitato Distretto
Porretta Terme	13	Comune di Vergato		Comitato Distretto
S. Lazzaro di Savena		Comune di S. Lazzaro di Savena		Comitato Distretto
Pianura Est	15	Comune di San Pietro in Casale		Comitato Distretto
Pianura Ovest	6	Comune di San Giovanni in P.		Comitato Distretto
Bologna	1	Comune di Bologna	Comune e Distretto coincidono	Comitato Distretto
Imola	10	Nuovo Circondario Imolese		Giunta Circondario
<b>FERRARA</b>	<b>26</b>			
Ovest	6	Comune di Cento		Comitato Distretto
Centro-nord	9	Comune di Ferrara		Comitato Distretto
Sud-est	11	Comune di Codigoro		Comitato Distretto
<b>RAVENNA</b>	<b>18</b>			
Ravenna	3	Comune di Ravenna		Comitato Distretto
Lugo	9	Unione della Bassa Romagna		Giunta Unione
Faenza	6	Comune di Faenza		Comitato Distretto
<b>FORLÌ-CESENA</b>	<b>30</b>			
Forlì	15	Comune di Forlì		Comitato Distretto
Cesena-Valle Savio	6	Comune di Cesena		Comitato Distretto
Rubicone	9	Unione dei Comuni del Rubicone	Unione sub-distrett. (3 Comuni)	Comitato Distretto
<b>RIMINI</b>	<b>20</b>			
Rimini	6	Comune di Rimini		Comitato Distretto
Riccione	14	Comune di Riccione		Comitato Distretto



**Riepilogo:**

9 Province

341 Comuni

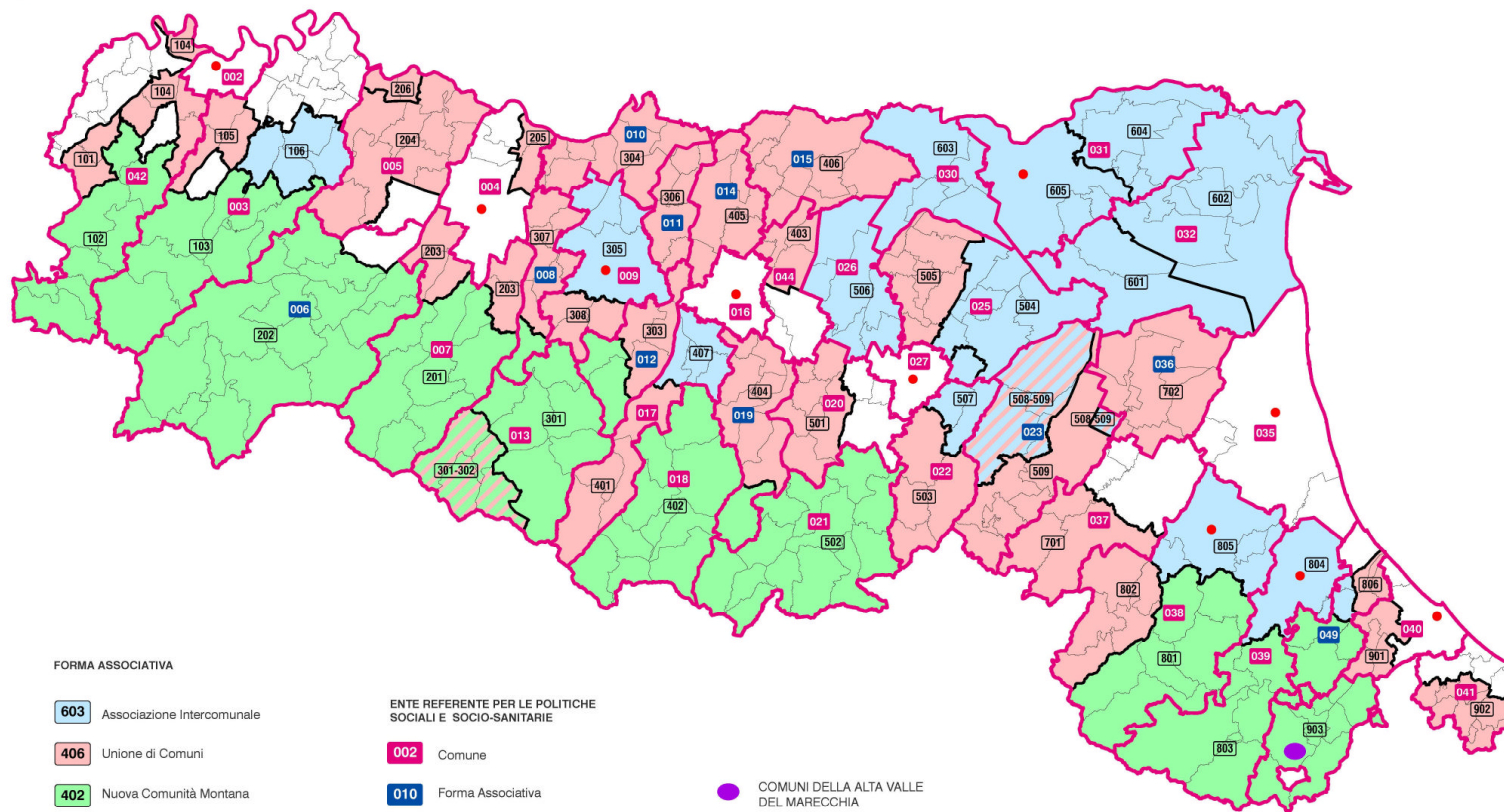
38 ambiti distrettuali, di cui

- 3 ambiti distrettuali coincidenti con un solo Comune;
- 6 ambiti distrettuali nei quali i Comuni hanno delegato la gestione associata a una Unione dei Comuni o a una Comunità montana il cui territorio coincide con l'ambito territoriale;
- 23 ambiti distrettuali nei quali i Comuni hanno stipulato una convenzione e hanno scelto un Comune capofila,
- 5 ambiti distrettuali nei quali i Comuni hanno stipulato una convenzione e hanno scelto una Unione o una Comunità montana come ente capofila, il cui territorio non coincide con quello dell'ambito distrettuale;
- 1 ambito distrettuale nel quale i Comuni hanno delegato la gestione associata al Circondario.

I 38 ambiti distrettuali hanno scelto come organismo politico di *governance*:

- 29 ambiti distrettuali il Comitato di Distretto;
- 8 ambiti distrettuali la Giunta di una Unione dei Comuni o di una Comunità montana;
- 1 ambito distrettuale la Giunta del Circondario.

**Figura 1.** Mappa dei Distretti sanitari / forme associative in Emilia-Romagna (vedi legenda pagina successiva)



**DISTRETTI SANITARI**

edizione novembre 2009  
LR n. 19/1994 e LR n. 29/2004

- 002 Piacenza Città
- 003 Piacenza Levante
- 004 Parma Città
- 005 Fidenza
- 006 Valli Taro e Ceno
- 007 Parma Sud-Est
- 008 Montecchio Emilia (Val d'Enza)
- 009 Reggio Emilia
- 010 Guastalla
- 011 Correggio
- 012 Scandiano
- 013 Castelnuovo nei Monti
- 014 Carpi
- 015 Mirandola
- 016 Modena
- 017 Sassuolo
- 018 Pavullo nel Frignano
- 019 Vignola
- 020 Casalecchio di Reno
- 021 Porretta Terme
- 022 San Lazzaro di Savena
- 023 Imola
- 025 Bologna Pianura Est
- 026 Bologna Pianura Ovest
- 027 Città di Bologna
- 030 Ferrara Ovest
- 031 Ferrara Centro-Nord
- 032 Ferrara Sud-Est
- 035 Ravenna
- 036 Lugo
- 037 Faenza
- 038 Forlì
- 039 Cesena Valle del Savio
- 040 Rimini
- 041 Riccione
- 042 Piacenza Ponente
- 044 Castelfranco Emilia
- 049 Rubicone

**FORME ASSOCIATIVE INTERCOMUNALI**

edizione novembre 2009  
DGR n. 1434 del 28/9/2009

**1 - Piacenza**

- 101 Unione Val Tidone
- 102 Nuova Comunità montana Appennino Piacentino
- 103 Nuova Comunità montana Nure e dell'Arda
- 104 Unione Val Trebbia e Val Luretta
- 105 Unione Valnure
- 106 Associazione intercomunale Val d'Arda

**2 - Parma**

- 201 Nuova Comunità montana Parma Est
- 202 Nuova Comunità montana Taro Ceno
- 203 Unione Pedemontana parmense
- 204 Unione Terre Verdiane
- 205 Unione Sorbolo e Mezzani
- 206 Unione Civica Terre del Po

**3 - Reggio Emilia**

- 301 Nuova Comunità montana Appennino Reggiano
- 302 Unione Alto Appennino Reggiano
- 303 Unione Tresinaro Secchia
- 304 Unione Bassa Reggiana
- 305 Associazione intercomunale Il Tricolore
- 306 Unione Comuni Pianura Reggiana
- 307 Unione Val d'Enza
- 308 Unione Comuni Albinea, Quattro Castella, Vezzano sul Crostolo

**4 - Modena**

- 401 Unione Comuni montani Valli Dolo, Dragone e Secchia
- 402 Nuova Comunità montana Frignano
- 403 Unione Comuni del Sorbara
- 404 Unione Terre di Castelli
- 405 Unione Terre d'Argine
- 406 Unione Comuni modenesi area nord
- 407 Associazione intercomunale del Distretto ceramico

**5 - Bologna**

- 501 Unione Comuni Valle del Samoggia
- 502 Nuova Comunità montana Appennino Bolognese
- 503 Unione Comuni Valli Savena-Idice
- 504 Associazione intercomunale Terre di Pianura
- 505 Unione Reno-Galliera
- 506 Associazione intercomunale Terre d'Acqua
- 507 Associazione intercomunale Valle dell'Idice
- 508 Associazione intercomunale 5 Castelli
- 509 Nuovo Circondario imolese

**6 - Ferrara**

- 601 Associazione intercomunale Argenta Portomaggiore
- 602 Associazione intercomunale Basso Ferrarese
- 603 Associazione intercomunale Alto Ferrarese
- 604 Associazione intercomunale del Copparese
- 605 Associazione intercomunale Ferrara, Masi Torello e Voghiera

**7 - Ravenna**

- 701 Unione Comuni Brisighella, Casola Valsenio, Riolo Terme
- 702 Unione Comuni della Bassa Romagna

**8 - Forlì-Cesena**

- 801 Nuova Comunità montana Appennino Forlivese
- 802 Unione Acquacheta Romagna Toscana
- 803 Nuova Comunità montana Appennino Cesenate
- 804 Associazione intercomunale Cesena, Gambettola, Longiano, Montiano
- 805 Associazione intercomunale Pianura Forlivese
- 806 Unione Comuni del Rubicone

**9 - Rimini**

- 901 Unione Valle del Marecchia
- 902 Unione della Valconca
- 903 Comunità montana Alta Valmarecchia

Si sono quindi create tre situazioni diverse tra di loro:

- la più diffusa, nella quale i Comuni del Distretto sono legati da una convenzione: è stato individuato un Comune o una Unione sub-distrettuale capofila e il Comitato di Distretto è rappresentato dall'Assemblea dei Sindaci, organismo privo di personalità giuridica;
- la più auspicabile, nella quale i Comuni dell'ambito distrettuale hanno costituito una Unione o una Comunità montana, con un territorio coincidente con l'ambito distrettuale e le funzioni del Comitato di Distretto sono svolte dalla Giunta dell'Unione o della Comunità montana, organismo dotato di personalità giuridica. Analoga è la situazione del Nuovo Circondario imolese;
- quella in cui il territorio del distretto coincide con quello di un unico Comune (Bologna, Modena, Piacenza) dove il Comitato di Distretto assume forme diverse (a Piacenza è uni-personale), non è un organo statutariamente previsto e quindi può sovrapporsi alle competenze di Giunta e Consiglio comunale.

Non è facile prefigurare un approccio a queste problematiche che riduca in tempi brevi le criticità, dato che probabilmente l'unica soluzione possibile è la generalizzazione in tutti i Distretti della forma associativa dell'Unione o della Comunità montana. Bisogna anche ricordare che il Comitato di Distretto condivide il governo dei programmi socio-sanitari con il Direttore di Distretto. Occorre continuare a prestare attenzione a questo sistema duale di governo, che non prevede finora le modalità di gestione di eventuali divergenze.

Infine, è da evidenziare che si affacciano esperienze di estensione delle funzioni del Comitato di Distretto anche alle politiche educative e scolastiche, a volte limitatamente alle politiche educative per la prima infanzia. Non risultano orientamenti condivisi sull'opportunità di promuovere questo allargamento di competenze.

## ***Supporti tecnici***

### *Livello regionale*

Il PSSR cita quali strumenti tecnici di supporto agli organi politici e istituzionali regionali per la definizione degli indirizzi: il Comitato tecnico-scientifico, con funzioni di supporto, di istruttoria, consultive e di proposta alla Cabina di regia; il Tavolo tecnico regionale di supporto alla programmazione sociale e socio-sanitaria distrettuale; il Gruppo intersettoriale della Direzione generale sanità e politiche sociali; l'Agenzia sociale e sanitaria regionale. La citata Agenzia ha istituito l'Area Innovazione sociale solo nel luglio 2009 e quindi fino ad ora ha sviluppato programmi esclusivamente in ambito sanitario. Degli altri tre Tavoli collegiali, solo il Comitato tecnico-scientifico ha sviluppato un'attività regolare e incisiva, con il rischio di svolgere anche funzioni di coordinamento della rete locale e delle diverse direzioni di servizio regionali. Si rende pertanto opportuno attuare l'indicazione del Piano, assegnando responsabilità e compiti più definiti ai singoli organismi oppure semplificando l'articolazione dei supporti tecnici regionali. Il Comitato tecnico-scientifico, in ogni caso, è particolarmente apprezzato dalle Autonomie locali,

mentre da parte delle Aziende USL si rileva la mancanza di un raccordo sistematico, in particolare per l'istruttoria di provvedimenti che debbono essere poi attuati anche dalle articolazioni locali del Servizio sanitario regionale.

#### *Livello provinciale*

L'Ufficio di supporto alla Conferenza territoriale sociale e sanitaria è presente in tutti gli ambiti intermedi, ma ha configurazioni diverse nei diversi territori, soprattutto per quanto riguarda la stabilità delle persone che vi operano. Il fatto che le Province, e più raramente le Aziende USL, suppliscano con propri apparati alle carenze di organico dell'Ufficio di supporto, fa sì che l'Ufficio di supporto non sempre venga percepito come strumento a disposizione dell'Assemblea dei Sindaci. In ogni caso, si rileva a volte una difficoltà di questo strumento di supporto, per insufficiente disponibilità di professionalità adeguate, a istruire adeguatamente gli atti più complessi (pareri sugli strumenti contabili e programmatici delle Aziende sanitarie, esame dei Bilanci di missione, piani degli investimenti, ...).

#### *Livello distrettuale*

Anche l'Ufficio di Piano, che comunque sembra svolgere in generale i rilevanti compiti assegnati, ha una configurazione molto variabile nei diversi Distretti, passando da 2 a 20 addetti. Quasi sempre è inquadrato nel Comune capo Distretto o nell'Unione dei Comuni e questo - se lo rende più vicino al mondo dei Comuni - è oggetto di rilievi da parte delle Aziende USL, che preferirebbero un Ufficio di Piano configurato come Ufficio comune di Comuni e Aziende USL (tale possibilità non è però prevista dall'Ordinamento degli Enti locali). Questo tema va affrontato con decisione, perché se l'Ufficio di Piano, ovunque collocato organizzativamente, non supporta anche il Direttore di Distretto, inevitabilmente quest'ultimo sarà supportato autonomamente e in forma non integrata attraverso l'organizzazione aziendale. È necessario che i Comuni si impegnino a dare maggiore stabilità organizzativa all'Ufficio di Piano, dove spesso il responsabile è a tempo determinato e gli organici sono costituiti in gran parte da *part time* o da operatori assegnati all'Ufficio per poche ore al mese. Ovviamente, in questi casi l'Ufficio di Piano si trova in una situazione di debolezza, stretto tra le realtà organizzative del Distretto e dei Servizi sociali comunali.

Occorre anche sottolineare che sotto la dizione Ufficio di Piano convivono funzioni e realtà istituzionali e organizzative molto diverse tra di loro. Esso è:

- tavolo di coordinamento tecnico Comuni-Aziende USL,
- apparato tecnico amministrativo,
- tavolo articolato di concertazione e co-progettazione con il Terzo settore.

Sarebbe opportuno dare denominazioni più corrette alle diverse funzioni (ad esempio, crea ambiguità chiamare ufficio una sede di coordinamento interistituzionale o una sede di partecipazione). Dopo la costituzione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona (il Piano sanitario e sociale cita a proposito solo l'attività istruttoria e di monitoraggio per

la costituzione delle ASP) e l'avvio del sistema di accreditamento, è opportuno un aggiornamento sulle funzioni dell'Ufficio di Piano. Lo Sportello sociale ha molto spazio nella normativa regionale, con compiti di informazione, orientamento ai servizi e rilevazione della domanda. Nel sistema regionale di *governance* non è invece adeguatamente descritto il rapporto tra Sportello sociale e Servizio sociale professionale, né il compito di quest'ultimo, per il sistema di accesso ai servizi e per la presa in carico integrata (sociale e sanitaria). Manca una rilevazione sistematica, ma sembra chiaro che nei vari Distretti gli orientamenti sono molto diversi, collocando il servizio sociale professionale e l'accesso di volta in volta presso i singoli Comuni, in una forma di gestione associata distrettuale (ad esempio Consorzio), nell'ASP o in un'Azienda speciale (regolata dal Testo Unico sull'Ordinamento degli Enti locali). In un sistema regionale in cui sono definiti diffusamente i requisiti di qualità dei servizi, non è poi sostenibile che proprio il servizio sociale professionale non venga promosso con gli opportuni requisiti organizzativi.

### ***Strumenti di programmazione***

#### *Livello regionale*

Il primo Piano regionale sociale e sanitario 2008-2010 costituisce certamente uno strumento di indirizzo di particolare rilievo. Tutti gli atti di programmazione intermedia e distrettuale ne tengono conto e cercano di essere coerenti con gli obiettivi regionali. Vi è un'estensione delle priorità solo in alcuni ambiti (povertà, violenza alle donne), che hanno subito una rapida accelerazione successivamente all'approvazione del Piano. L'obiettivo di semplificare gli strumenti di programmazione, unificando nel Piano regionale tutti gli strumenti programmatori, pare in contraddizione con il fatto che, in parallelo o in successione al PSSR, sono stati approvati Piani settoriali per i consultori, la tossicodipendenza, la psichiatria, gli immigrati. Nella programmazione territoriale non si è potuto tenere conto di alcuni di questi Piani settoriali perché approvati successivamente agli Atti di indirizzo o a ridosso della scadenza dei Piani distrettuali. Occorre quindi verificare l'effettiva necessità ed efficacia di Piani che riguardano specifici *target* di utenza. Va inoltre ricordato che permangono alcuni (pochi) progetti regionali finalizzati ormai consolidati, che sarebbe opportuno integrare nella programmazione generale. Anche le Linee annuali di programmazione e finanziamento del Servizio sanitario regionale, approvate due giorni prima della scadenza della programmazione attuativa annuale distrettuale, non hanno praticamente inciso sulla programmazione attuativa di zona. È quindi consigliabile prestare attenzione al coordinamento dei tempi dei diversi strumenti di programmazione. Data l'importanza e la centralità del Piano sanitario e sociale, sarebbe auspicabile l'individuazione di una funzione integrata di promozione della sua attuazione e di monitoraggio, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto centrale dell'integrazione socio-sanitaria.

### *Livello provinciale*

A conferma di quanto già detto, gli strumenti di programmazione (Atti di indirizzo e Profili di comunità) risultano adeguati e coerenti con la programmazione regionale, anche per i temi relativamente recenti come la non autosufficienza. Emergono comunque possibili aree di miglioramento:

- spesso gli indirizzi per l'attività sanitaria (Piani attuativi locali - PAL) sono trattati separatamente dagli indirizzi per la salute e le politiche sociali; occorre mettere a punto una metodologia che permetta una effettiva integrazione tra le programmazioni;
- non tutti gli Enti locali sembrano maneggiare adeguatamente la metodologia proposta dall'Organizzazione mondiale della salute per promuovere la salute; questo aspetto dovrebbe quindi essere oggetto di formazione specifica;
- i Profili di comunità sono stati particolarmente accurati; vale la pena valorizzarli e farne oggetto di una rilevazione permanente di dati, ad esempio come base per la strutturazione in tutte le Province degli Osservatori sociali; l'analisi dei Profili di Comunità è una risorsa per realizzare il Profilo regionale.

### *Livello distrettuale*

Tutti gli ambiti territoriali si sono impegnati nella redazione dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale. Anche in questo caso in genere è stato rispettato il criterio della coerenza con la programmazione regionale e con gli indirizzi della CTSS, ma si evidenzia una notevole disomogeneità formale e la conferma di una necessità di formazione degli Uffici di Piano:

- in generale, sulle metodologie di programmazione e di monitoraggio,
- in particolare, sulla programmazione integrata socio-sanitaria,
- sulla cultura della promozione della salute e della prevenzione,
- soprattutto sulla valutazione dei risultati, che è l'aspetto più spesso assente o carente nei Piani.

La programmazione di quasi tutti gli ambiti distrettuali non è risultata adeguata per le esigenze dell'accreditamento (non è stata chiaramente determinata la tipologia e la dimensione dei servizi da accreditare). D'altra parte la Direttiva regionale che approva procedure e requisiti per l'accreditamento è stata approvata solo nell'aprile 2009.

Una criticità generale della programmazione di ambito distrettuale riguarda la tendenza a non definire obiettivi misurabili. Oltre a probabili carenze formative, la motivazione che ne danno i Comuni è l'impossibilità di fissare obiettivi poliennali per l'incertezza dei flussi finanziari. Va data attenzione a questa osservazione, perché vanifica il significato della programmazione triennale, ma anche la possibilità di relazioni significative e solide con i *partner* fornitori di servizi, specie se accreditati.

### ***Altre tematiche***

Dal monitoraggio sono emerse ulteriori criticità e opportunità su tematiche che non erano oggetto di rilevazione.

- Il sistema regionale appare maturo per una prima definizione di livelli essenziali delle prestazioni (LEP), almeno per quanto riguarda il primo accesso (Sportelli sociali) e le prestazioni per la non autosufficienza.
- L'avvio dei processi di accreditamento fa emergere l'incoerenza con i processi di autorizzazione (esigenza di integrare regole, organismi, competenze).
- Il ruolo delle ASP è eccessivamente differenziato e ciò dipende più da ambiguità della *mission* che da esigenze territoriali; l'accreditamento amplificherà tali contraddizioni.
- Il modello di partecipazione alla programmazione e alla realizzazione del sistema non appare ancora ben definito (forse ha anche una certa rigidità) e varie previsioni della legislazione non sono ancora state attuate.
- La gestione dei servizi delegata all'ASP, che viene mantenuta in diversi ambiti, non è stata aggiornata al sistema di *governance* e al sistema di accreditamento.



## 4. Un coordinamento regionale che funziona

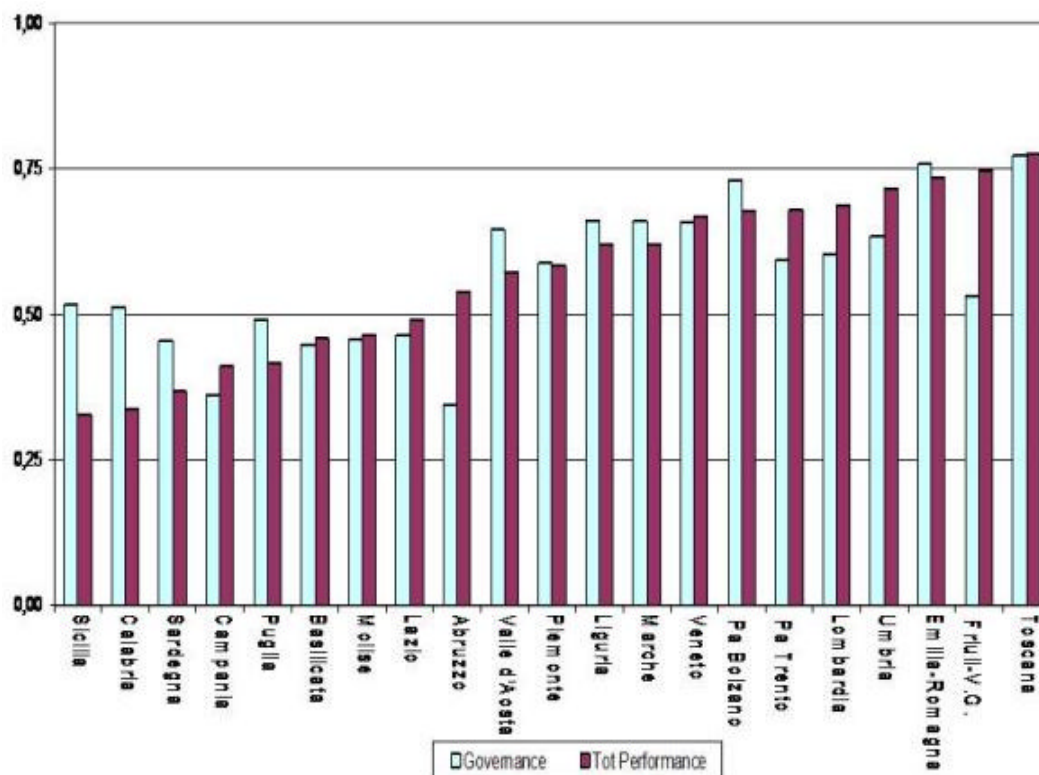
Le considerazioni riportate, sia come ricostruzione dell'impianto generale che come valutazione della sua attuazione, dimostrano quindi la buona potenzialità di *governance* del sistema adottato in Emilia-Romagna. Esse trovano una conferma, peraltro, nell'analisi dei processi di *governance* nei sistemi sanitari regionali promossa dal Formez (Mapelli, 2007). I risultati sono stati recentemente riproposti dal curatore della ricerca. Dalla loro sintesi emerge che

*le risorse di governance svolgono un'azione decisiva sui risultati di processo, sui risultati finali e, in misura minore, sulle capacità di gestione economica dei servizi sanitari; le capacità di governance non dipendono dalla disponibilità di risorse finanziarie; il contesto generale e specifico della sanità regionale esercita anch'esso un significativo influsso sulle capacità di governance; i buoni risultati gestionali producono (o sono correlati con) buoni risultati di qualità ed efficacia dei servizi; il livello di spesa sanitaria pro-capite è scarsamente correlato con tutti i tipi di risultato: gestionali, di processo e di salute; la performance complessiva dei Servizi sanitari regionali dipende strettamente dalle capacità di governance, ma anche dal contesto regionale più o meno favorevole. Tutto ciò porta ad affermare che la variabile chiave sia la capacità di governance del SSR, con la quale si tiene sotto controllo la spesa, si producono servizi di buona qualità e si migliora la salute dei cittadini. Quasi trent'anni di politiche di riequilibrio, attraverso lo strumento del Fondo sanitario nazionale, hanno determinato un sostanziale allineamento della spesa tra le regioni, ma la spaccatura persiste: le regioni del Sud (e il Lazio) hanno scarse risorse di governance e producono risultati di medio-basso livello, a differenza di quelle del Nord-Centro, che si collocano su posizioni medio-alte. La politica di riequilibrio andrà dunque ripensata, perché il solo strumento finanziario non basta. Serve uno sforzo straordinario di investimenti in formazione, cultura gestionale, sistemi informativi, tecnologie. Serve, in altri termini, investire sul capitale umano e sul capitale sociale delle regioni.* (Mapelli, 2008).

Il quadro di riferimento, basato sulla sintesi delle tre principali dimensioni di risultato in campo sanitario - gestione economica, di processo (qualità, efficacia, appropriatezza) e di esito finale (salute, equità), indice globale di *performance* - mostra che le Regioni con i migliori risultati risultano essere Toscana, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia; quelle con gli indici peggiori sono Sicilia, Calabria, Sardegna, Campania, Puglia (Figura 2). In particolare, per capacità e strumenti di *governance*, dai risultati della ricerca emergono come prime Toscana, Emilia-Romagna, Provincia autonoma di Bolzano, Marche, Liguria e Veneto. All'opposto si trovano Molise, Sardegna, Basilicata, Campania e, da ultimo, Abruzzo. La Lombardia è in posizione medio-alta, mentre il Lazio in posizione medio-bassa.

Sulle capacità di governo del sistema influisce, ovviamente, anche il contesto socio-economico e politico regionale.

**Figura 2.** *Governance-performance* totale (ordinato secondo *performance*)



Le *performance* dei sistemi regionali sembrano invece sostanzialmente indifferenti ai modelli istituzionali, se integrati o separati, con gli ospedali all'interno dell'Azienda USL o costituiti in Aziende ospedaliere indipendenti. Le scelte compiute negli anni '90 spesso non hanno generato strumenti di governo coerenti. Modelli integrati o quasi-integrati possono produrre sia buoni risultati - in Veneto, nelle Province autonome di Trento e Bolzano, in Emilia-Romagna, Toscana - sia che cattivi risultati - in Molise, Puglia, Calabria, Sardegna; il modello quasi-separato o separato mostra buone *performance* in Lombardia e Friuli, ma scarse *performance* in Lazio, Campania e Sicilia.

La "scommessa" dell'integrazione, soprattutto se si pensa al *welfare* esteso (casa, lavoro, istruzione, previdenza, ecc.) pone però problemi di natura più complessa. Non solo perché si tratta di ridurre le asimmetrie tra sociale e sanitario, ma anche perché richiede di ricomporre dentro un processo unitario e convergente aree di intervento plurime, livelli istituzionali diversi - appartenenti a sistemi amministrativi e multilivello, improntati a logiche differenziate - con interlocutori non istituzionali, quali i produttori di servizi, le parti sociali, e più in generale di cittadini pagatori diretti o indiretti, utilizzatori dei servizi. In altri termini, una buona sanità, così come una buona assistenza sociale, non bastano

a fare una buona politica della salute e del benessere; anche se, ovviamente, non è possibile ottenere le seconde senza avere buoni risultati sulle prime. E per avere una buona salute bisogna, tra le altre cose, che gli attori operino in modo conseguente.

Misurare l'impatto del sistema di *governance* costruito dall'Emilia-Romagna dal punto di vista dei suoi effetti sulla condizione reale delle persone e delle popolazioni che vivono in regione è però impresa alquanto impegnativa. Gli strumenti di valutazione che sono stati assunti, soprattutto in ambito sanitario, rappresentano certamente una base a cui riferirsi, anche se al contempo risulta necessario rafforzare la capacità di monitorare/valutare lo sviluppo del processo per cogliere il più possibile in tempo reale la corrispondenza tra quanto stabilito e concordato e quanto realizzato, per meglio indirizzarlo verso gli esiti auspicati. La ricostruzione presentata in queste pagine può essere considerata, da questo punto di vista, un pre-studio di fattibilità.

Al riguardo preme riprendere un aspetto della *governance* (in campo socio-sanitario, ma non solo) che riguarda la lettura delle trasformazioni organizzative e delle configurazioni dei processi decisionali nelle politiche pubbliche di cui la *governance* è per così dire concausa ed effetto.

In Italia come a livello europeo, si è in presenza di processi caratterizzati da demopolizzazione e de-verticalizzazione, processi che per l'appunto riconfigurano *in primis* il ruolo dello Stato - non sempre e non solo in termini di decentramento o accentramento - re-distribuendo autorità e incrementando numero e tipologie di attori legittimati a partecipare alle decisioni, nella concertazione della spesa e della sua copertura, nella programmazione degli indirizzi, nella realizzazione delle prestazioni, nella valutazione dei risultati.

*Questi processi hanno individuato un crescente bisogno di coordinamento, e il modello burocratico gerarchico - travolto da una concezione delle competenze e delle sfere di responsabilità non più rispondente a tali cambiamenti - viene frequentemente sostituito con altri negoziali, indiretti, deliberativi e cooperativi. La capacità di lettura dei bisogni sociali e di risposta ad essi non risiede dunque in un solo ambito istituzionale e richiede capacità di adattamento e di relazionare diverse risorse e competenze. ... Il coordinamento diventa allora una preoccupazione comune volta a individuare adeguati raccordi istituzionali e soluzioni ai conflitti che possono bloccare il normale andamento dell'amministrazione come l'implementazione delle riforme. Esso diventa sia una funzione in sé, sia un tema trasversale per tutti gli attori in campo, che richiede un'azione riflessiva di secondo livello - di meta-governance, secondo la definizione di alcuni autori. La gestione dei processi di interpretazione e implementazione delle norme nei passaggi fra attori in reti complesse, la negoziazione su contenuti, forme organizzative e linguaggi di attori diversi sempre più vengono considerati elementi necessari dell'agire istituzionale. La responsabilità politica e amministrativa vede una trasformazione dei compiti non facile, che si lega a forme degerarchizzate (o a gerarchia sempre meno intelligibile) di legittimazione. Il ruolo delle amministrazioni pubbliche e degli esecutivi degli enti territoriali deve allora trovare nuovi equilibri fra la legittimazione democratica e le nuove dinamiche di rete, avere consapevolezza delle*

*interdipendenze e delle contraddizioni che si accompagnano ad esse (in particolare in termini di trasparenza e accountability dei processi decisionali) ... una certa letteratura recente ha inteso analizzare tali processi con concetti derivati dalla geografia economica, come quelli di "scala" e "rescaling". Essi, infatti, evidenziano la processualità, la fluidità e il cambiamento dei rapporti territoriali, nonché la loro relazionalità in gerarchie interscalari in configurazioni che implicano necessariamente interazioni reciproche. (Barberis, 2009).*

La *governance* è il metodo attraverso cui non solo si prendono, controllano, partecipano le decisioni ma, di conseguenza, si coordinano i decisori tra di loro, nei e tra i diversi livelli in cui sono coinvolti nel processo decisionale. Ciò influenza non solo l'oggetto della *governance* ma più in generale i comportamenti complessivi degli attori coinvolti, sia di chi coordina che di chi è coordinato.

In altri termini, mentre la *governance* è ampliamento-pluralizzazione del numero e della qualità degli attori coinvolti nel processo decisionale, il coordinamento è nell'ordine della quantità-qualità di relazioni che, anche grazie a quel coinvolgimento o in quanto richieste dallo stesso, si stabiliscono, ovvero si riverberano nella rappresentazione di sé e nel comportamento delle organizzazioni/enti coinvolti. Tali comportamenti, che hanno gradi variabili di pro-attività/passività, possono essere di tipo collaborativo o di tipo conflittuale - i ricorsi alla Corte costituzionale da parte delle Regioni o del Governo centrale, per la definizione delle competenze e l'autonomia nell'utilizzo delle risorse sono un esempio emblematico -, ovvero esprimono strategie di *exit*, di *voice*, di *loyalty*, ovvero di convinta *partnership*.<sup>8</sup>

Il coordinamento è, per sua natura, funzione complicata e complessa:

- con gradi diversi di formalizzazione: dalla minima conoscenza reciproca informale delle attività svolte alla strutturazione e istituzionalizzazione di agenzie di controllo dotate di strumenti di indagine e intervento legittimati;
- promosso da istanze sia *bottom up* che *top down*;
- con oggetti molto diversi e con altrettanto diverse soluzioni;
- in cui si presentano strategie diversificate - gerarchiche, di mercato, a rete - e assunte in modo più o meno opportunistico e mixato dai diversi attori;
- distinguibile, almeno in prima istanza, in coordinamento intra-istituzionale e coordinamento inter-istituzionale, orizzontale e verticale.

*Nel quadro della governance multilivello ... orizzontalmente, al livello degli street level bureaucrats, c'è la questione del coordinamento fra misure e forme di presa in carico; a livello dirigenziale, quella fra priorità e fasi; a livello finanziario, quella del mix di risorse di diversa origine. In una dimensione verticale, si pone la questione del bilanciamento fra street level bureaucrats, dirigenti e policy makers, fra "esecutori", pianificatori e finanziatori che spessissimo appartengono a enti diversi, hanno forme istituzionali, un background (individuale e collettivo) e priorità*

---

<sup>8</sup> Si fa riferimento alla tesi di A.O. Hirschman in *Lealtà, defezione, protesta: rimedi alla crisi delle imprese, dei partiti e dello Stato*. Milano, Bompiani, 1982.

*diversi, con problemi che si amplificano in certe forme di sussidiarietà, quando non di delega, in cui lo spazio di discrezionalità di taluni attori si amplia. Si tratta di un coordinamento complicato, perché fra enti di diversa dimensione territoriale si gioca una partita complessa che include rapporti di potere ... Spesso, infatti, i problemi di coordinamento implicano la necessità di affrontare sfide contemporaneamente a livello orizzontale e verticale. I processi di regionalizzazione e di municipalizzazione in genere implicano che i livelli territoriali inferiori acquisiscono una certa autonomia su come coordinare i propri attori di riferimento (compresi se stessi e quindi il proprio coordinamento intra-istituzionale). In molti paesi europei, istituzioni territoriali di mesolivello hanno accresciuto e ridefinito i propri spazi di intervento in ambito sociale non tanto come erogatori di servizi per l'utente finale, ma come enti programmatori, coordinatori, controllori e/o erogatori di servizi per gli altri enti. La prima ondata di riforme territoriali degli Anni Settanta - Ottanta, fondata su una interpretazione territorializzata dei nuovi bisogni sociali e sulle trasformazioni socio-economiche della transizione al post fordismo, ha infatti avviato la strutturazione di istanze politiche regionali competitive che, come effetto di ritorno, hanno visto aumentare la propria legittimazione politica, tema che ha più direttamente riguardato le trasformazioni territoriali recenti. (Barberis, 2009)*

Le forme di coordinamento possono essere raggruppate in tre grandi tipologie:

- le fusioni, attraverso l'unificazione delle diverse realtà da coordinare;
- le agenzie di coordinamento, ovvero "spazi condivisi di negoziazione e decisione, con effetto sulle strutture conferenti"; tra questi rientrano i Tavoli di coordinamento e le forme di programmazione interministeriale;
- gli agenti di coordinamento, unità proprie di un'organizzazione deputate al rapporto con altre realtà finalizzate allo stesso scopo.

Alla luce delle competenze via via acquisite e costituzionalizzate con il Titolo V riformato, le Regioni sono un attore fondamentale di coordinamento delle politiche di welfare fra i decisori istituzionali e non, operanti nel loro territorio,. Come è facilmente immaginabile, esse

*si comportano in modo piuttosto variegato nelle relazioni con le autonomie territoriali, prevedendo diversi enti di coordinamento decentrato (Province, ASL, Comuni associati, ...), diversi strumenti (consulenze tecniche di supporto e altre forme di soft governance, come l'individuazione di buone pratiche; bandi e gare con diversi livelli di aperture e vincoli); diversi soggetti erogatori (e diversi mix pubblico - privato); diversi modelli finanziari basati su vincoli di destinazione più o meno stretti e fondi di varia dimensione grazie alla composizione o meno di più risorse. Anche nel campo più stretto delle politiche sociali, si possono osservare differenze nella strumentazione adottata per far fronte ai cambiamenti nella legislazione, nell'organizzazione e nella programmazione regionale a seguito dell'effetto congiunto della 328/00 e della riforma del Titolo V. Nella predisposizione degli organismi tecnici e politici, nella frammentazione o unitarietà*

*della programmazione, con la conseguente scelta relativa alla dimensione interassessorile e interdipartimentale osserviamo scelte coerenti con più complessi modelli di programmazione e regolazione delle politiche.* (Barberis, 2009)

La Regione Emilia-Romagna anche da questo punto di vista ha spinto in questi ultimi anni non poco per caratterizzarsi come vero e proprio modello regionale.

Quello che le politiche socio-sanitarie hanno prodotto non è da considerare solo sulla base degli esiti-impatto che queste hanno avuto sulla condizione delle popolazioni *target* e sul funzionamento dei servizi sanitari e sociali. La costruzione di un sistema integrato ha pure determinato le condizioni affinché si attivassero cambiamenti nel sistema istituzionale e in quello degli attori non istituzionali diversamente considerati. Questo risultato "meta" non è di poco conto, posto che sia effettivamente avvenuto.

E non lo è, anche se non solo, proprio come risorsa per una ulteriore implementazione del sistema integrato di servizi socio-sanitari. Per usare una metafora, mentre è stato ristrutturato un vecchio e solido palazzo (del *welfare*) in funzione di nuove esigenze, riadattando e modificando spazi e percorsi, si è anche intervenuti sulle strutture portanti (fondamenta e muri perimetrali), e oggi questi ultimi interventi possono permettere di completare la ristrutturazione iniziata oramai da oltre un decennio. L'importante è sapere con precisione quanto quel palazzo è in grado di sostenere.

Fuor di metafora, se si riconsiderano i punti appena espressi come descrittori-indicatori per il monitoraggio e la valutazione della *governance* regionale, ovvero se si assume la categoria del coordinamento come paradigma interpretativo di *outcome* delle rappresentazioni-comportamenti inter-intra-organizzativi di questo modello, si potrebbe dare una visibilità ulteriore e non meno importante ai risultati che anche da questo punto di vista essa ha conseguito e comprendere quindi quali sono le implementazioni più efficaci da mettere in atto (Azienda USL di Ravenna, 2009; Zavatti, 2009).

# Appendici





# Appendice 1.

## Lessico sulla *governance*

### **Governance**

È un metodo per prendere/controllare/compartecipare decisioni (e decisori), presente sia in ambito privato *profit* (per es. *corporate governance* - Zattoni, 2006) e *no profit* (ad es. *governance multistakeholders* - Fazzi, 2008), sia in ambito pubblico<sup>9</sup> (ad es. *public governance, health systems governante* - WHO, 2008), sia come si vedrà oltre, in ambito professionale (ad es. *clinical governance*<sup>10</sup>).

Il campo di analisi della *governance* cambia a seconda che ci si concentri sul momento finale - la decisione come atto - o sul percorso complessivo - la decisione come risultato del processo - che influisce e determina la decisione in quanto atto.<sup>11</sup> Il primo approccio rischia di essere riduttivo, mentre il secondo si scontra con la più difficile delimitazione dello stesso campo di analisi. Nel prosieguo verrà adottato, nella consapevolezza di tale limite, questo secondo approccio.

Nella realtà, *profit*, *public*, *no profit* hanno confini labili, con differenze a volte incerte, determinati dai comportamenti agiti dai soggetti che interpretano i diversi ruoli previsti al loro interno e dalle condizioni ambientali, quali i contesti istituzionali e socio-culturali in cui essi si trovano ad operare. Una possibile tipizzazione di queste sfere porta a evidenziare tali differenze nel modo seguente.

---

<sup>9</sup> Vista la finalità di questo lavoro, non verrà sviluppata, se non contingentemente, una lettura di tipo amministrativistico del tema. Basti qui sottolineare che lo Stato/Amministrazione è fortemente caratterizzato, nell'espletamento delle sue funzioni di governo, da logiche di *governance*. Da questo punto di vista, un esempio emblematico è dato dalle Conferenze permanenti, organi collegiali con funzioni consultive e decisionali nei quali siedono rappresentanti dello Stato, delle Regioni e degli Enti locali; alcuni esempi sono la Conferenza Stato-Regioni, la Conferenza Stato-Città e Autonomie locali, la Conferenza unificata (quest'ultima, ad esempio, è chiamata ad esprimere il proprio parere sulla proposta di Finanziaria e dei DDL collegati, sul DPEF, sui conferimenti di funzioni e compiti a Regioni ed Enti locali, sulla semplificazione). Per un inquadramento, Delpino, Del Giudice, 2009.

<sup>10</sup> Con questo termine si intende  
*il contesto in cui i servizi sanitari si rendono corresponsabili del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e mantengono elevati livelli di prestazioni creando un ambiente che favorisce l'espressione dell'eccellenza clinica nel limite delle risorse disponibili* (NHS White Paper, 1999).

<sup>11</sup> Si tratta di un dualismo-complementarietà tipico dell'analisi delle politiche pubbliche (Martini, Sisti, 2009, in particolare pp. 29 e seguenti).

<b>Dimensioni</b>	<b>Privato <i>profit</i></b>	<b>Pubblico</b>	<b>Privato <i>no profit</i></b>
Fine	Benessere particolare, individuale o di gruppi specifici	Benessere generale della collettività	Benessere generale della collettività
Condizione operativa di base	Limitatezza delle risorse	Limitatezza delle risorse	Limitatezza delle risorse
Criterio guida <sup>12</sup>	Efficienza e razionalità economica	Consenso, efficienza e razionalità economica, efficacia sociale	Efficienza e razionalità economica, efficacia sociale
Indicatore di efficienza	Unidimensionale e omogeneo	Multidimensionale e differenziato	Multidimensionale e differenziato
Criterio di regolazione per la concretizzazione operativa (vincoli - opportunità)	Mercantilista: scambio beni, tra attori autonomi presupposti simmetrici, portatori di convenienze particolari plurime, misurato sulla generazione di valore economico	Statualista: redistribuzione e scambio beni, tra attori tra loro asimmetrici in parte o in toto vincolati nelle loro scelte, portatori di criteri di convenienza generale, misurati sulla generazione di valore pubblico, dove l'economico è subordinato alla legalità e al consenso	Compresenza di entrambe: scambio beni, tra attori asimmetrici, autonomi nelle loro scelte, portatori di criteri di convenienza generale, misurati sulla generazione di valore pubblico

Elemento comune all'emergere del tema della *governance* è quello dei cambiamenti avvenuti nelle diverse sfere di azione. Tali cambiamenti riguardano i rapporti di proprietà (*profit*), la governabilità (*public*) e la legittimazione (*no profit*). In altri termini, davanti a problemi inerenti il governo, la ricerca delle possibili soluzioni porta verso nuove modalità di assunzione delle decisioni, ampliando la platea dei partecipanti al processo decisionale e bilanciando il potere specifico di ogni partecipante in funzione del perseguimento di un obiettivo-fine condiviso.

- In ambito privato *for profit*, infatti, la *governance* si impone a partire dall'evoluzione manageriale dell'impresa, ovvero dalla separazione tra gestione (*management*) e proprietà e dalla conseguente necessità di bilanciare il potere tra i due livelli, aumentando, attraverso dispositivi organizzativo-istituzionali, il potere di controllo della proprietà nei confronti del *management* (Zattoni 2006).

<sup>12</sup> In realtà il consenso è un criterio che vale per tutte le realtà considerate, ma cambia il tipo di consenso; in questo caso si intende quello necessario a rappresentare formalmente i cittadini nelle sedi istituzionali preposte, e la rilevanza che esso assume nell'insieme dei criteri considerati.

- Nel *no profit* il tema della *governance* è stato imposto dal cambiamento delle condizioni ambientali e di quelle interne, entrambe divenute "più ostili e più esigenti" (Fazzi 2008) per le unità che lo compongono - le imprese sociali, chiamate a massimizzare sia le *performance* economiche che quelle sociali (Fiorentini 2006).

Alcuni tra i principali cambiamenti avvenuti sono relativi a:

- esigenza di legittimazione, per certi versi scontata fino almeno a tutti gli anni '90, sia internamente (ad esempio a causa dell'aumento delle dimensioni delle imprese sociali, con il conseguente ampliamento della base lavorativa, i cui riferimenti valoriali un tempo omogenei sono invece sempre più eterogenei e tendenzialmente simili a quelli di ogni altro contesto di lavoro), sia esternamente (ad esempio la cultura della responsabilità di impresa, come fattore di contaminazione tra *profit* e *no profit* nella sua rappresentazione sociale; Borzaga, 2010);
- minore disponibilità di risorse pubbliche, con il conseguente aumento del controllo sulle *performance* aziendali nelle diverse modalità di *outsourcing*;
- rafforzamento del potere gestionale della dirigenza pubblica, che comporta più managerialità e più formalità nel *contracting out*,<sup>13</sup> o gestione esternalizzata;
- estensione dell'attività a settori nuovi, per i quali è necessaria una legittimazione specifica, ecc.

Il conseguente potenziamento dell'azione/riflessione di/sulla *governance* sviluppato dalle imprese sociali rappresenta il tentativo di superamento di modalità meno "dilettantistiche" di gestione delle relazioni, con gli *stakeholder* sia interni (soci, lavoratori, volontari;) sia esterni (finanziatori, acquirenti, utenti, donatori, comunità di riferimento, ecc.; Anconelli, Piccinini, 2005, pp. 53 e seguenti) al fine di ridurre/neutralizzare gli effetti negativi dei cambiamenti citati.

- In ambito pubblico, il tema diventa rilevante nel momento in cui le istituzioni pubbliche rappresentative cominciano a vivere problemi di governabilità (Ardigò, 1980; Carrozza, 2009), ovvero quando il loro potere sovraordinato - *government* - non è più sufficiente a garantire la stabilizzazione temporale - consenso - in merito

---

<sup>13</sup> Il perseguimento della minimizzazione dei costi delle prestazioni (privatizzazione funzionale) attraverso la delega intera, o parziale, di una determinata attività al settore privato dentro un quadro di persistenza della responsabilità di controllo dei risultati si realizza attraverso due formule: il *franchising* (concessione) e il *contracting out* (appalto). Con *franchising* si intende l'assegnazione temporanea, attraverso gara, del monopolio per la produzione o distribuzione di un bene o servizio a un determinato soggetto economico risultato il più idoneo a garantire la migliore combinazione qualità/prezzo oppure ad esprimere il minore prezzo di offerta. Il *contracting out* rappresenta l'affidamento in gestione ad operatori pubblici o privati (la scelta dipende da chi si aggiudica la gara) di attività finanziate con fondi pubblici. Questa formula ha l'obiettivo di consentire un miglioramento di efficienza ed efficacia allocativa della spesa pubblica (Vasapollo, Martufi, 1998).

alla possibilità di determinare un processo amministrativo coerente con le finalità/obiettivi politici che si vogliono perseguire (Borgonovi, 2006).

In questo caso la crisi, da intendere qui come *deficit* di stabilizzazione nell'esercizio del potere (consenso-legittimazione), si intreccia sia con quella determinata da problemi di risorse insufficienti in rapporto a bisogni-domande crescenti (efficienza-economicità), sia con la crescente frammentazione della stessa Pubblica amministrazione nella gestione-produzione delle prestazioni erogate (efficacia-consenso). Tutto ciò porta alla necessità di rafforzare il potere pubblico, trovando nuovi equilibri tra chi lo esercita e chi, in modi diversi, è portatore di interessi nel campo di attività a cui ci si riferisce. Nell'ambito pubblico, la *governance* riguarda sia il rapporto/funzionamento tra le diverse istituzioni che lo compongono, ovvero Unione europea/Stato/Regioni/Enti locali (la Legge regionale dell'Emilia-Romagna n. 10/2008 ne è un esempio; Regione Emilia-Romagna, 2008a ), sia le aree di intervento settoriali, come il sanitario (Mapelli, 2007) o il socio-assistenziale (Pirazzini, 2009), sia i rapporti con le articolate forme della società civile (Moro, 2002). In tutti i casi essa è fonte di legittimazione specifica, complementare e a sostegno di quella generale, garantita dalle regole della rappresentanza elettiva (Bobbio, 2002).

Tra i due metodi/approcci (*government - governance*) su cui si articola l'azione pubblica, si ha un *continuum*: al di là della predominanza relativa a una particolare fase storica o a uno specifico contesto amministrativo, per definizione essa necessita di entrambi.

Per meglio comprenderli, ovvero per avere gli strumenti concettuali per descrivere i processi che si presentano in un determinato contesto amministrativo, la differenza tra i due approcci può essere così schematizzata:

### **Differenza tra l'approccio *government* e l'approccio *governance***

<b>Metodo di governo</b>	<b><i>Government</i></b>	<b><i>Governance</i></b>
Attori	Organizzazioni pubbliche	<i>Network</i> pubblico-privato
Risorse degli attori	Autorità	Coalizione
Relazioni interne	Gerarchia	Scambio
Strumento decisionale	Voto	Negoziazione/ Deliberazione
Regola di decisione	Maggioranza	Unanimità
Sedi	Formali accentrate	Informali decentrate
Flusso	Discreto	Continuo
<i>Output</i>	Legge	Contratto/patto
Stile decisionale	Sinottico	Interattivo
Direzione	<i>Top down</i>	<i>Bottom up</i>
Controllo	<i>Enforcement</i>	<i>Self-enforcing</i>
Logica	Dominio	Accordo
Sistema di interazione	A geometria costante	A geometria variabile

Fonte Belligni, 2005.

La *governance* ha come effetto atteso il rafforzamento della decisionalità-governabilità, migliorando il *problem solving*, ossia la capacità di risolvere problemi, creando il capitale sociale-legittimazione inerenti le politiche pubbliche, risultando predominante dove e quando il *government* è insufficiente. Essa produce tali effetti attraverso procedure tendenzialmente inclusive, trasparenti, responsabilizzanti, negoziate, cooperative, decentrate, tra i diversi attori appartenenti a livelli multi-organizzativi e multi-istituzionali diversificati, interessati a vario titolo - interdipendenza strategica - al perseguimento dei fini dell'istituzione o delle istituzioni considerate (Longo, 2005; Perulli, 2000).

Al contempo, tuttavia, ciò richiede che tra i partecipanti siano presenti quantità sufficienti di condizioni e risorse di riconoscimento/fiducia e comprensione/condivisione del metodo, di competenze che ne garantiscano l'efficienza-efficacia. In altri termini, perché la *governance* sia metodo di governo capace di produrre risultati effettivi, essa necessita di essere governata (Pirazzini, 2009). Si può quindi affermare, ricorsivamente, che i prodotti della *governance* sono anche le risorse di cui essa si alimenta e che la sua efficacia si misura nell'incremento di tali risorse che il suo esercizio riesce ad ottenere.

Tra gli attori in campo ci sono anche le figure professionali, determinanti dal punto di vista del potere tecnico di cui sono portatrici nel processo decisionale di un ente/organizzazione. Il confine tra governo e gestione, o tra decisionale e operativo, nei fatti è infatti molto più labile di quanto non si pensi. Questo vale per l'appunto nel privato *profit*, dove la competenza (nel duplice significato di ciò che compete e di ciò di cui si è competenti ossia capaci) tecnica manageriale sovrachia la competenza proprietaria azionaria; nel pubblico, quando la dirigenza tecnica determina le condizioni da cui scaturisce la decisione della funzione politica (Campedelli, 2010 a); e anche nel privato *no profit*, quando il processo decisionale cooperativo è determinato dalla discrezionalità di uno dei tecnici su cui si appoggia la stessa società-associazione.

L'evoluzione del diritto, della tecnologia, delle scienze contabili, della finanza, dell'informatica, ecc. impongono costantemente nuove asimmetrie tra ambito decisionale e operativo, in genere a scapito del primo. Da qui emerge la necessità di esplicitare queste asimmetrie di potere e di ricondurle dentro una sintesi compatibile con la tenuta dell'ente/organizzazione in oggetto, prima che portino al blocco/inconsistenza dei processi decisionali.

Un esempio è dato dal funzionamento del Servizio sanitario - ospedaliero, distrettuale, aziendale, regionale, nazionale - che necessariamente comporta una modalità di condivisione decisionale non solo tra ruolo politico e ruolo/i manageriale, ma anche tra ruolo manageriale e ruolo clinico; tale modalità è per l'appunto chiamata *clinical governante*, o governo clinico (Biocca *et al.*, 2008).

Più in generale, così come i sistemi sanitari regionali possono essere classificati a seconda

- della tipologia di Azienda USL scelta/costruita, sulla base della compresenza o meno di presidi ospedalieri e servizi territoriali, ovvero di Aziende ospedaliere separate da quelle sanitarie (modello integrato, misto, separato e, come sottoclasse, Azienda USL unica);

- della conformazione gestionale, ossia della rilevanza dei posti letto gestiti direttamente dalle singole Aziende USL;
- della conformazione organizzativa, in particolare dei Distretti (più o meno completi secondo gli indirizzi nazionali) e dei Dipartimenti (come da indirizzi nazionali o maggiormente articolati);
- della funzione programmatoria (vedi sotto);
- dei processi di accreditamento introdotti;

al contempo possono anche essere differenziati secondo i modelli di *government-governance* che praticano; in particolare

*Gli elementi costitutivi e che differenziano i modelli sembrano rappresentati da:*

- *visione dei rapporti tra Regione e Aziende sanitarie;*
- *condivisione/imposizione degli obiettivi e modalità di composizione degli interessi;*
- *disponibilità di numerosi e diversificati strumenti e capacità di governo del sistema;*
- *stipula di contratti interaziendali ed eventualmente regionali ...*

*Delle quattro dimensioni che costituiscono e differenziano i modelli di governance, le prime due (visione e tipo di relazioni) sono intimamente connesse tra di loro, mentre le altre due sono più indipendenti, perché pur disponendo di numerosi strumenti e capacità di governo, la Regione può non ritenere opportuno delegare una parte rilevante del controllo sulle variabili economico-finanziarie alle ASL. Le due dimensioni che diversificano i modelli regionali di governance sono quindi:*

- *la disponibilità di scarsi/numerosi strumenti di governo e*
- *l'attivazione dei contratti interaziendali.*

*La combinazione di queste diverse dimensioni genera tre modelli di governance (essendo il quarto praticamente impossibile o molto velleitario, se realizzato), che sono rappresentati in figura.*

#### **SCHEMA MODELLI DI GOVERNANCE (in sanità)**

**Contratti con AO e  
case di cura**

**3. Contrattuale**

Visione: Regione perno e arbitro  
Relazioni: concertazione

**Contratti senza AO e  
case di cura**

**1. Burocratico**

Visione: Regione ente superiore  
Relazioni: comunicazione

**2. Accentrato**

Visione: Regione *holding*  
Relazioni: comunicazione e ascolto

Fonte Mapelli, 2007, pp. 249 e seguenti.

## Integrazione

La *governance* è un metodo applicato a molteplici aree di politica pubblica: da quelle dei trasporti a quelle ambientali, a quelle dello sviluppo socio-economico, ecc. Nel campo del *welfare*, essa è direttamente connessa al tema dell'integrazione. Due sono le declinazioni di questo tema nel dibattito in atto, entrambe strettamente intrecciate con il decentramento amministrativo (Carrozza, 2009).

La prima ha come prospettiva l'integrazione dell'insieme delle *policies* di *welfare*: abitative, lavorative, educative, ambientali, previdenziali, assistenziali e sanitarie. In essa hanno rilevanza temi quali la coesione sociale, i determinanti sociali della salute e l'equità di salute, l'equità di genere, le politiche attive del lavoro, i piani di sviluppo urbano, le forme di cittadinanza attiva, ecc. In questo caso si parla di *welfare* esteso (LR n. 13/2005 riformata, Statuto della Regione Emilia-Romagna, Titolo I, artt. 1-9).

La seconda declinazione, invece, pur tenendo conto di questi temi, è molto più focalizzata sull'integrazione tra il settore socio-assistenziale e quello sanitario. In questo caso si può parlare di *welfare* socio-sanitario (AA.VV., 2007).

L'esigenza dell'integrazione socio-sanitaria non è recente e nel corso degli anni ha avuto valenze e accenti diversi. La salute come dovere-controllo delle/sulle popolazioni a rischio di epidemie (dall'Unità di Italia alla Costituzione repubblicana, per parlare della storia recente) ha presupposto un modello di integrazione che si basava fondamentalmente su un approccio autoritario nei confronti delle popolazioni povere: la sanità si integrava con l'assistenza per svolgere una funzione di controllo su chi povero-malato era un rischio per la stabilità - epidemiologica, ma anche economica e politica - della società. È con la Costituzione che la salute, da dovere/imposizione alle categorie deboli governato verticalmente e gestito in parte privatamente e in parte corporativamente, diviene diritto fondamentale della persona e "strumento" (l'assistenza sanitaria, bilanciata sul versante della salute pubblica) per rimuovere gli ostacoli alla sua piena realizzazione, ovvero caposaldo dello stato sociale, di cui la stessa Costituzione è promotrice. In altri termini, il diritto alla salute nasce con il marchio dell'integrazione, anche se ciò viene riconosciuto in modo esplicito solo con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale dopo trent'anni dalla sua promulgazione, grazie alla Legge n. 833 del 1978 (Maino, Ferrera, 2006).

È ancora oggi la condizione delle popolazioni più fragili e marginali epidemiologicamente parlando, soprattutto perché alcune di queste potenzialmente più gravose sul piano della spesa sanitaria (da popolazioni rischio di epidemie e di rivolte a popolazioni rischio di disavanzi) che continua a interrogare sui percorsi necessari di integrazione socio-sanitaria.

L'evoluzione del sistema sanitario da un parte e di quello socio-assistenziale dall'altra, nonostante la citata Legge n. 833 e altre importanti normative, hanno avuto percorsi tutt'altro che convergenti e sincronici. Basti pensare che la legge quadro per l'integrazione dei servizi sociali (Legge n. 328/2000) è stata approvata dopo 22 anni dalla prima riforma sanitaria e che, nel frattempo, questa ha avuto ulteriori significative revisioni. Ancora oggi si è di fronte ad asimmetrie profonde (vedi tabella), rispetto alle quali, anche alla luce delle modifiche costituzionali, in particolare del Titolo V della

Costituzione, le Regioni - e più in generale i sistemi regionali di *welfare* - stanno progressivamente assumendo un ruolo da protagonisti per la loro riduzione-superamento. In Emilia-Romagna e in altre Regioni, la *governance* è il metodo assunto per tale fine: è chiamata a svolgere il compito di promozione e ricerca di percorsi di riduzione di tali asimmetrie.

<b>Sistema sociale</b>	<b>Sistema sanitario<sup>14</sup></b>
Definizione del bisogno parzialmente o per nulla standardizzata	Definizione del bisogno standardizzata
Materia residuale regionale	Materia concorrente Stato-Regioni
Universalismo selettivo e "discrezionale"	Universalismo pieno ed equitativo
Mancanza LEP (livelli essenziali difforni e/o non dichiarati)	Presenza di LEA
Pluralismo/privatizzazione gestionale	Gestione centrata sul pubblico
Molteplicità di fonti di finanziamento	Unicità delle fonti di finanziamento
Contabilità finanziaria (Comuni)	Contabilità economico-patrimoniale
Dimensioni economico-gestionali medio-piccole	Dimensioni economico-gestionali grandi
Ridotta componente tecnologica	Alta componente tecnologica
Professionalizzazione scarsamente specialistica	Professionalizzazione specialistica
Scarsa propensione alla ricerca operativa	Notevole propensione alla ricerca operativa, seppure condizionata in termini di qualità e efficacia (Biocca <i>et al.</i> , 2008)
Filiera orizzontale poliarchica	Filiera verticale "monocratica"
Pratiche consolidate di <i>governance</i> esterna	Scarsa cultura di <i>governance</i> esterna
Scarsa cultura di <i>governance</i> interna	Pratiche consolidate di <i>governance</i> interna (governo clinico come <i>governance</i> su prodotto/prestazione assistenziale)
"Temporalità <i>ex ante</i> " nella programmazione con ridotta valutazione dei risultati ( <i>output</i> )	Temporalità <i>ex post</i> nella programmazione con rilevante valutazione dei risultati

<sup>14</sup> Questa tipologia sarebbe a sua volta da suddividere in sanitario ospedaliero e sanitario territoriale (Tedeschi, 2008)



## Programmazione

La storia dei sistemi regionali è fortemente segnata dalla programmazione; da una parte perché, proprio nel momento in cui questo metodo-processo entra in crisi a livello delle politiche nazionali, diventa l'elemento che caratterizza le politiche regionali; dall'altra perché, dentro questa sua "regionalizzazione", essa viene ad assumere profili alquanto differenziati a seconda delle tradizioni-culture politiche e amministrative delle Regioni stesse.

Dalla istituzione delle Regioni ad oggi si è avuto una doppia evoluzione, tuttora in corso:

- da una logica programmatica verticistica e a cascata si sta via via affermando, non senza alcune ambiguità, una logica circolare e sussidiaria (Carrozza, 2004);
- davanti a una riduzione della centralità della programmazione dal punto di vista delle politiche nazionali, è aumentata la sua rilevanza nella traduzione dei principi che ispirano alcune Regioni - tra cui l'Emilia-Romagna - nella realizzazione delle sue politiche pubbliche (vedi Statuto della Regione Emilia-Romagna, art. 4 c. 1c, art. 8 c. 2, art. 9 c. 1, art. 10 c. 1b, art. 24 c. 2).

Ciò che tendenzialmente differenzia i modelli regionali è il peso/declinazione data alla governante; questo risulta particolarmente evidente quando si parla di *welfare*. La progressiva caratterizzazione che i diversi sistemi regionali stanno esprimendo soprattutto nel corso degli ultimi anni a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione, di cui la Regione Emilia-Romagna è una significativa esemplificazione (Carrozza, 2008), si incrocia strettamente con la funzione attribuita al *government-governance* nella programmazione delle politiche che essi intendono perseguire.

Nella tabella che segue è riportata un'ipotesi di tipizzazione delle logiche programmatiche che caratterizzano i sistemi di *welfare*. Rappresenta, in quanto ipotesi, uno strumento propedeutico a un'analisi comparata - sia interregionale che intraregionale tra i diversi livelli di programmazione - ancora da sviluppare, ovvero una griglia da testare su casi concreti, sia per l'area sociale che sanitaria e socio-sanitaria, al fine di verificarne la capacità euristica. In questa sede, essa è quindi un primo riferimento utile per cominciare a descrivere alcune tendenze in atto.

	<b>Regione a programmazione partecipata</b>	<b>Regione a programmazione residuale</b>	<b>Regione a programmazione centralizzata</b>
<b>Finalità</b>	Equità/esigibilità dei diritti/appropriatezza	Libertà di scelta per la domanda - incentivazione della concorrenza nell'offerta	Equità/esigibilità dei diritti/appropriatezza
<b>Obiettivi</b>	Integrazione multilivello e multi-attori	Autonomie multilivello e multi-attori controbilanciate da forme di neo-centralismo regionale, in particolare nel rapporto con la domanda	Gestione centralizzata del sistema
<b>Metodo</b>	<i>Governance</i> multilivello e multi-attori	Regolazione esterna attraverso accreditamento degli erogatori e verifica tariffaria delle prestazioni	<i>Government</i> attraverso determinazione centralistica del <i>budget</i>
<b>Strumenti</b>	Programmazione partecipata/concertazione dei contenuti, delle priorità, e delle risorse	Programmazione attraverso accordi contrattuali della quota di produzione per ogni erogatore e quindi delle risorse	Programmazione <i>top down</i> dei contenuti, delle priorità e delle risorse
<b>Target consenso</b>	Attori partecipanti alla programmazione in quanto rappresentativi della cittadinanza	Fruitori prestazioni e servizi erogati dal mercato amministrato	Fruitori prestazioni e servizi erogati dal pubblico/privato dentro un sistema centralizzato
<b>Sostenibilità</b>	Esito della concertazione/cooperazione connessa alla programmazione	Esito del funzionamento del mercato amministrato	Esito del <i>management</i> centralizzato

Fonte Campedelli, 2009.

Come si vede, a seconda delle diverse tipologie di programmazione, è attribuito un metodo di governo che si differenzia in modo più o meno significativo dagli altri: *governance*, regolazione esterna economica, *government* via controllo del budget.

Riprendendo e declinando/adattando in chiave di *welfare* regionali quanto sostenuto da Belligni (2005), si possono descrivere tali differenze:

- la *governance* (prima tipologia) si presenta come un mix tra forme storicamente diverse di *governance* (*old* - neo-corporativa e *new governance*);
- nella regolazione esterna (seconda tipologia) si ha una radicalizzazione di alcune caratteristiche della sola *new governance*;
- nella terza tipologia vi è una logica riconducibile al *government*.

### **Old governance neo-corporativa**

Le decisioni collettive sono prima di tutto il frutto di contatti istituzionali/accordi/decisioni tra governo regionale, governi locali e organizzazioni di interessi funzionali, che assumono la rilevanza di governi privati.

Ciascuno di questi attori controlla risorse indispensabili per la vita associata e per la crescita economica:

- il governo regionale e quelli locali, legittimati dagli elettori, gestiscono risorse di autorità, economico-finanziarie e fiscali;
- il sindacato controlla la forza-lavoro e i cittadini utenti (per esempio OOSS dei pensionati) e dispone di elevati potenziali di mobilitazione (*voice*) e intimidazione (*exit*);
- le organizzazioni imprenditoriali *no profit* controllano a loro volta essenziali risorse umane e finanziarie (le fondazioni *grant making*) e tecnico-organizzative (*management*), nonché capacità di legittimazione davanti all'opinione pubblica.

Questi attori collettivi concertano le principali questioni inerenti le politiche di *welfare* - salariali, occupazionali, formative, della compartecipazione, fiscali - e stipulano accordi con valore regolativo cogente.

In questo contesto chi esercita il governo, pur nel quadro di un incipiente *deficit* di sovranità, mantiene funzioni essenziali di intervento e di regolamentazione. Non è solo un *partner* del gioco dello scambio politico, ma è l'artefice delle regole, il garante del rispetto degli accordi, il mediatore dei conflitti, ed è soprattutto il depositario riconosciuto dell'interesse pubblico e il principale implementatore delle decisioni concordate. Il governo e la burocrazia restano interlocutori potenti, attivi, imprescindibili.

Nella costellazione neo-corporativa, la rinuncia a vantaggi a breve, in cambio di vantaggi di lungo periodo, trasforma il potenziale gioco a somma zero in un gioco di reciprocità a somma positiva. Le reti decisionali rilevanti sono composte da pochi grandi attori integrati verticalmente, stabili e fortemente rappresentativi della società. I rapporti di forza tra i *partner* sono tendenzialmente in equilibrio, potendo ciascun attore infliggere agli altri danni rilevanti in caso di defezione.

### **New governance**

È l'insieme degli *input* programmatici e dei cambiamenti istituzionali e organizzativi orientati/finalizzati da/a:

- visione antistatalista,
- privatizzazione ed esternalizzazione delle burocrazie e dei servizi pubblici,
- riduzione dimensionale del pubblico,
- introduzione all'interno degli apparati pubblici di metodi di gestione competitivi e manageriali per creare amministrazioni efficienti e competitive, snelle e flessibili nelle procedure e nel personale.

Essi sono accompagnati dalla ricerca di un approccio di governo "a più voci", centrato su cooperazione, inclusione e decentramento, aperto al contributo delle rappresentanze societarie, mirato a responsabilizzare operatori pubblici e destinatari delle politiche e dei servizi attraverso il loro coinvolgimento nella progettazione- gestione-controllo.

Forte è la valorizzazione della dimensione sociale e la devoluzione di poteri finanziari, organizzativi e decisionali ai governi locali. Ma, al contempo, permangono stretti rapporti inter-governativi tra centro e periferia, in alcuni casi bypassando gli stessi governi locali, riconoscendo un nuovo

protagonismo ai soggetti sociali territoriali, *profit* e *no profit*, nel definire gli obiettivi e i percorsi di *policy* insieme alle istituzioni centrali.

È organico a questa prospettiva il passaggio da amministrazioni monocentriche ad assetti policentrici, non più piramidali ma reticolari e modellati sui problemi, ricomposti in relazione a bisogni e preferenze specifiche di gruppi di cittadini e a particolari problemi di *policy*.

Le prerogative di direzione, tradizionalmente proprie dell'autorità pubblica, lasciano il posto a compiti di coordinamento, di facilitazione, di persuasione e di supervisione tecnica, di manutenzione e di pronto intervento. Sempre meno il ruolo di governo si presenta come il custode dell'interesse generale, cui spettano funzioni sistemiche di guida e di comando, sia pure di ultima istanza; sempre più si comporta come un mero "intensificatore della cooperazione", il cui ruolo, operativo e non strategico, è di assecondare tecnicamente, organizzativamente e finanziariamente la dinamica di forze sociali auto-dirette.

È un governo che dichiara di non avere preferenze proprie, adattandosi al ruolo debole del catalizzatore che innesca reazioni sociali che si sviluppano poi autonomamente oppure, alternativamente o complementariamente, vincolando dal punto di vista prettamente economico l'autonomo dispiegarsi dei rapporti tra attori, tendenzialmente in concorrenza tra loro.

### **Government**

Qui gli attori sono organizzazioni a struttura pubblicistica - comitati elettivi e esecutivi, burocrazie - collegate fra loro da legami formali, composte da funzionari eletti (politici) e nominati (burocrati) tra i quali intercorre un rapporto di agenzia.

Essi formano un campo interorganizzativo stabile, *network* pubblico, caratterizzato da rapporti gerarchici di sovra-ordinazione e subordinazione. La pretesa di questi attori di decidere unilateralmente per conto della collettività e in nome dell'interesse generale si basa su prerogative di legittimità, legali, politiche e tecniche, che rimandano rispettivamente al voto popolare e alla legge per i politici, e alla selezione di ufficio per i burocrati.

Le politiche pubbliche sono il prodotto di decisioni prese a maggioranza dai rappresentanti politici entro le arene pubbliche, e della loro attuazione ad opera di amministrazioni burocratiche.

Gli *output* del processo politico basato sul *government* sono comandi, sotto forma di prescrizioni normative (leggi, delibere, ecc.) che non consentono libertà di uscita e che necessitano di *enforcement* da parte di agenzie di controllo e di repressione.

La corrispondenza tra finalità e metodo merita attenzione. Come si evince dai box sopra riportati, il metodo di governo caratterizza/è correlato alla finalità dichiarata e/o perseguita da uno specifico sistema di *welfare* socio-sanitario (Campedelli, 2009). In altri termini, il modo con cui un sistema politico-amministrativo sviluppa la propria attività di programmazione - la sua finalizzazione, l'impianto metodologico che deve seguire il processo programmatico e la strumentazione a suo supporto - può essere considerato un indicatore efficace della politica pubblica che si intende perseguire.

La funzione che la programmazione svolge definisce la politica socio-sanitaria dal punto di vista:

- dei contenuti;
- della partecipazione (residuale o responsabilizzante, limitata o estesa);

- dei diversi attori direttamente o indirettamente coinvolti;
- dei criteri di rilevanza utilizzati per assumere o giustificare le scelte adottate; ecc.

In altre parole, le differenze regionali e locali in termini di tradizioni amministrative e più in generale culturali, di processi di partecipazione, hanno trovato un loro importante riconoscimento costituzionale con la riforma del 2001. Questo punto di svolta - che con l'attuazione del federalismo fiscale (Legge n. 42/2009) dovrebbe giungere in Italia a una nuova rilevante tappa - ha nei fatti accentuato il processo di modellizzazione dei sistemi di *welfare* regionali (nel senso appunto della loro progressiva caratterizzazione), portando a risultati in alcuni casi eccellenti e in altri meno, ovvero manifestando le potenzialità così come le contraddizioni irrisolte di quei sistemi (AA.VV, 2008).

## **Governance secondo il *Libro bianco* di Sacconi**

Nel *Libro bianco* sul futuro del modello sociale *La vita buona nella società attiva*, promosso nel 2009 dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, a firma del Ministro Sacconi, nelle primissime righe si cita il *Libro bianco comunitario* sulla salute del 2007, a sostegno della tesi di fondo che la vita buona è conseguente-coerente con l'idea di società attiva. Dalla lettura di questo secondo documento emerge l'esigenza/impegno della Commissione di incrementare una strategia di *governance*<sup>15</sup> che ne rafforzi la funzione in riferimento agli obiettivi stabiliti dallo stesso Libro.

*Gli Stati membri devono partecipare attivamente all'attuazione della strategia, tenuto conto delle loro responsabilità in materia di salute a livello nazionale, regionale e locale e della necessità di rispettare il principio di sussidiarietà. A tale scopo la Commissione presenterà un nuovo meccanismo di cooperazione strutturata a livello comunitario, inteso ad assistere la Commissione e a promuovere il coordinamento fra gli Stati membri. Esso comprenderà una nuova struttura di partecipazione degli Stati membri in sostituzione di alcuni comitati esistenti. Tale meccanismo di cooperazione assisterà la Commissione nell'individuare priorità, definire indicatori, elaborare orientamenti e raccomandazioni, incoraggiare lo scambio di buone pratiche e misurare i progressi. Verrà inoltre dato spazio alla partecipazione locale e regionale. La Commissione opererà a livello intersettoriale e garantirà la coerenza con gli altri organismi competenti per le questioni legate alla salute, come la commissione amministrativa e il comitato per la protezione sociale. (Commissione Comunità europee, 2006, p. 11).*

---

<sup>15</sup> Come è noto, il tema della *governance* è al centro dell'azione comunitaria (Commissione Comunità europee, 2001); sull'argomento esistono innumerevoli documenti di particolare interesse (da ultimo si veda il parere del Comitato economico sociale europeo su "*Governance* efficace della strategia di Lisbona rinnovata". *GUE* del 28 luglio 2009).

Il primo obiettivo indicato nel *Libro bianco comunitario* recita:

*Obiettivo 1: Promuovere un buono stato di salute in un'Europa che invecchia*

*L'invecchiamento della popolazione, dovuto a tassi ridotti di natalità e a un aumento della longevità, è ormai un fenomeno ben noto. Entro il 2050 il numero di persone con più di 65 anni sarà cresciuto del 70% nell'UE. La fascia di età degli ultraottantenni crescerà del 170%. Questi cambiamenti comporteranno probabilmente un aumento della domanda di assistenza sanitaria e un calo della popolazione attiva. Entro il 2050 ne potrebbe derivare un incremento della spesa sanitaria dell'1-2% del PIL negli Stati membri. In media, questo rappresenterebbe un aumento delle spese per l'assistenza sanitaria del 25% circa in percentuale del PIL. Le proiezioni della Commissione indicano tuttavia che se le persone vivono più a lungo mantenendosi in buona salute, l'aumento della spesa sanitaria dovuto all'invecchiamento dovrebbe dimezzarsi. L'invecchiamento sano va sostenuto con misure destinate a promuovere la salute e a prevenire le malattie lungo tutto l'arco della vita intervenendo sulle principali problematiche fra cui la malnutrizione, l'attività fisica, il consumo di alcol, droghe e tabacco, i rischi ambientali, gli incidenti stradali e quelli domestici. Il miglioramento della salute dei bambini, degli adulti in età lavorativa e degli anziani contribuirà a garantire una popolazione sana e produttiva e favorirà l'invecchiamento sano oggi e in futuro. L'invecchiamento in buona salute sarà favorito anche da azioni destinate a promuovere stili di vita sani e a ridurre i comportamenti dannosi nonché a prevenire e curare patologie specifiche, quali i disordini genetici. Occorre promuovere attivamente lo sviluppo della medicina geriatrica, ponendo l'accento sull'assistenza individualizzata. Altre importanti tematiche da considerare sono le cure palliative e una migliore comprensione delle malattie neurodegenerative come l'Alzheimer. Sarà inoltre possibile approfondire i lavori riguardanti sangue, tessuti, cellule e organi, comprese le questioni relative ai trapianti. Per sostenere tali misure occorre intensificare le attività di ricerca, anche grazie a studi longitudinali, e accrescere le capacità della sanità pubblica, ad esempio rafforzando la formazione e le strutture sanitarie pubbliche. Poiché il cambiamento demografico e le altre problematiche esercitano sempre maggiore pressione sulle finanze pubbliche, è essenziale garantire che le azioni adottate siano efficaci ed efficienti. (Commissione Comunità europee, 2006, p. 8).*

In altri termini, la finalità della *governance* comunitaria in tema di salute passa necessariamente per il rafforzamento del ruolo della sanità pubblica, unica in grado di intervenire sui determinanti sociali della salute, fondamentale per affrontare in questo caso una delle sfide più critiche, quella dell'invecchiamento.

Questa tesi è in palese contrasto con quanto sostenuto dal *Libro bianco* del Ministro Sacconi, visto che qui vi è la convinzione che i fenomeni legati all'invecchiamento non possono essere affrontati se non ridimensionando l'offerta pubblica e favorendo l'offerta privata, ovvero intervenendo sul piano dell'offerta delle prestazioni:

*I fenomeni di bassa natalità e invecchiamento della popolazione obbligano a una ridefinizione delle priorità del sistema sanitario. Si stima che nel 2045 gli ultrasessantacinquenni saranno il 30 per cento della popolazione e gli ultraottantenni il 12 per cento. Il peso delle malattie croniche, che già oggi colpiscono il 25 per cento della popolazione e rappresentano il 70 per cento della spesa, inciderà sempre di più sul bilancio del sistema di Welfare. A un allungamento della aspettativa di vita non corrisponde la garanzia di una proporzionale vita attiva. (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 2009, p. 16)*

Secondo il *Libro bianco* italiano, davanti alle aspettative crescenti di domanda sanitaria, sono principalmente l'inefficienza e inefficacia, intrinsecamente connaturate alle differenze regionali del sistema sanitario, che impongono la necessità di rivedere l'impianto universalistico pubblico del Servizio sanitario nazionale.

Questa tesi sul differenziale di efficienza e efficacia tra le diverse sanità regionali, confermata da molti studi e dall'evidenza di innumerevoli fatti di cronaca, assume una rilevanza diversa se, come fa l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico (OCSE, 2009), si analizza la comparazione tra i diversi sistemi sanitari dei 30 Paesi aderenti all'organizzazione. Nella tabella che segue - dati 2007 o altrimenti disponibili - vengono riportati i dati italiani comparati con quelli OCSE e quelli regionali dell'Emilia-Romagna.

Come si vede, pur presentando significative differenze al proprio interno - come emerge dal confronto con l'Emilia-Romagna - a una lettura comparata d'insieme il modello italiano risulta tutt'altro che poco qualificato, come normalmente si intende far credere.

	OCSE/ITALIA	RER <sup>16</sup>
<b>incidenza della spesa sanitaria sul PIL</b>	L'Italia ha avuto un'incidenza della spesa sul PIL lievemente inferiore alla media (8,7% vs 8,9%), praticamente la metà (16%) degli USA, e minore rispetto a Francia (11%), Svizzera (10,8%) e Germania (10,4%); in dollari americani, la media italiana <i>pro capite</i> è di 2.686 contro la media OCSE di 2.964	Su un totale di 136.537 milioni di Euro l'incidenza regionale era pari al 5,6%, per un totale assoluto di 7.616 milioni di Euro; la spesa <i>pro capite</i> è stata di 1.773 Euro <sup>17</sup>
<b>incremento di spesa sanitaria</b>	Tra il 2000 e il 2007 l'incremento di spesa nazionale è stato dell'1,9% medio annuo, contro una media OCSE del 3,7% annuo	In Emilia-Romagna tale incremento, calcolato dal Cergas Bocconi in riferimento agli anni 2001-2007, è risultato pari al 4,9% del PIL <sup>18</sup>
<b>spesa sanitaria utilizzata dal settore pubblico</b>	Il 76,5% della spesa italiana è utilizzata dal settore pubblico, leggermente superiore alla media OCSE pari a 72,8%; quest'ultima è però il risultato di una forte differenza tra i 30 Paesi, che parte dal 45,2% del Messico e dal 45,4% degli Stati Uniti, e arriva oltre l'80% dei Paesi scandinavi, del Regno Unito e del Giappone	Con riferimento all'anno 2006, in Emilia-Romagna la percentuale di spesa sanitaria pubblica sulla spesa sanitaria totale è pari al 74% circa (CEIS 2009)
<b>indicatori di offerta</b>	Il sistema italiano presenta più medici (3,7 per 1.000 abitanti contro la media OCSE di 3,1), meno infermieri (7 per 1.000 abitanti vs 9,6 per 1.000 abitanti), meno posti letto per acuti (3,1 vs 3,8 per 1.000 abitanti); vi è invece una sovrabbondante disponibilità di unità di diagnostica per immagini - TAC e risonanza magnetica - (18,6 per milione di abitanti vs 11 della media OCSE)	I medici della RER rilevati sono 2,9 per 1.000 abitanti, e riguardano quelli in rapporto di dipendenza e di convenzione (MMG e PLS) con il SSR; gli infermieri rilevati sono 7 per 1.000 abitanti e riguardano quelli iscritti al Collegio IPASVI dell'Emilia-Romagna (anno non specificato); i posti letto ospedalieri per acuti sono 3,8; ci sono 26,2 TAC/TRM per milione di abitanti <sup>19</sup>

<sup>16</sup> Per le voci di spesa e per gran parte dell'offerta viene rilevata solamente la componente pubblica, ad eccezione dei posti letto ospedalieri che comprendono anche quelli delle strutture ospedaliere private accreditate con il Servizio sanitario regionale, e degli infermieri che comprendono tutti gli infermieri iscritti al Collegio regionale dell'Emilia-Romagna.

<sup>17</sup> Fonte: Ministero dell'economia e delle finanze (Relazione generale sulla situazione economica del Paese).

<sup>18</sup> Rapporto OASI, 200

<sup>19</sup> Fonti: Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna; *Documento della Regione Emilia-Romagna di politica economico-finanziaria 2009-2010*.



	OCSE/ITALIA	RER <sup>16</sup>
<b>aspettativa di vita alla nascita e tasso di mortalità infantile</b>	Dopo Giappone, Svizzera e Australia, l'Italia è il quarto paese con l'aspettativa di vita alla nascita più alta (81,2 anni) e un tasso di mortalità infantile significativamente sotto la media (3,7 su 1.000 nati vivi vs 4,9 OCSE)	L'Emilia-Romagna R ha una aspettativa di vita alla nascita di 81,5 anni e un tasso di mortalità infantile di 2,5 per 1.000 abitanti <sup>20</sup>

Mentre per la Commissione il rafforzamento dell'intervento relativo ai determinanti non sanitari - quindi tipicamente pubblico - è condizione per ridurre le possibili emergenze che con l'invecchiamento si presenteranno nei prossimi anni, all'opposto l'approccio italiano sostiene che solo rivedendo il sistema universalistico in un'ottica tipicamente prestazionale si potrà evitare il collasso del sistema.

Più in generale, la proposta del *Libro bianco* italiano relativamente al *welfare* socio-sanitario si basa su una declinazione di valori e linee guida:

- centralità della persona intesa come responsabilità personale e libertà di scelta dentro un sistema di quasi mercato;
- centralità della famiglia (soprattutto attraverso politiche fiscali promozionali) e della comunità territoriale;
- integrazione tra sociale e sanitario attraverso l'assunzione del primo nel secondo (centralità dei Distretti socio-sanitari);
- superamento della distinzione tra pubblico e privato, non solo sul lato della funzione programmatoria ma soprattutto su quello dell'offerta;
- equità "meritevole";
- residualità nell'approccio alle situazioni di indigenza con sussidi in forma di reddito di ultima istanza o di "carta acquisti";
- promozione delle forme caritative;
- estensione del sistema multipilastro alla sanità, accompagnata da una revisione selettiva dell'impianto universalistico della stessa.

Tutto questo ha conseguenze rilevanti anche dal punto di vista della concezione della *governance*. Essa è assunta come elemento chiave per garantire la sostenibilità del sistema sanitario e la sostituibilità del finanziamento garantito dal Fondo sanitario nazionale:

---

<sup>20</sup> Fonte: Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna (flusso Rilevazione mortalità); altro indicatore di particolare rilevanza è la "speranza di vita libera da disabilità a 75 anni" secondo il quale l'Emilia-Romagna risulta essere tra le regioni italiane con il risultato migliore (Bellentani, Bugliari Armenio, 2009, p. 10).

*La sostenibilità del sistema sanitario è correlata ad alcuni presupposti e fattori primari (deospedalizzazione, innovazione tecnologica, consolidamento del "governo clinico", sviluppo di forme di assistenza integrativa) e a un sistema di governance che favorisca responsabilità, solidarietà, equità, nonché rigorosi principi di efficienza ed efficacia del modello erogatorio pubblico e privato. Una rinnovata governance dovrà sostituire il finanziamento derivato dal bilancio dello Stato attraverso il Fondo sanitario nazionale e promuovere la responsabilizzazione di amministratori pubblici e cittadini nella gestione delle risorse pubbliche. (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 2009, p. 64).*

La governance è altresì considerata metodo indispensabile per l'attuazione del federalismo sanitario, basato tecnicamente sui cosiddetti costi standard e imperniato su un ripensamento dei livelli essenziali -

*Federalismo sanitario non significa ... abbandonare a se stesse intere aree geografiche o ancorare la spesa al reddito prodotto in loco e al conseguente gettito fiscale, ma il passaggio dal finanziamento della spesa storica - che spesso incorpora alti livelli di inefficienza - ai costi standard, ovvero al finanziamento dei servizi erogati secondo principi di efficienza e appropriatezza. ... I costi standard sono lo strumento più equo ed efficace per guidare i processi di cambiamento e rappresentano la base per determinare la futura allocazione delle risorse. ... I livelli essenziali di assistenza (LEA) vanno ripensati come uno strumento in grado di conciliare sostenibilità del sistema, diritti del cittadino, accesso ai servizi, appropriatezza e sicurezza delle cure. (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 2009, p. 65).*

- e per una implementazione "mercantistica" del modello aziendale di produzione:

*La questione della governance e della sostenibilità si pone anche per le Aziende ospedaliere universitarie e per i Policlinici. Occorre sviluppare nuove modalità gestionali improntate a principi manageriali che responsabilizzino nelle scelte economiche, assistenziali, didattiche e di ricerca tutti i soggetti interessati e massimizzino la sinergia con il sistema ospedaliero regionale. La Regione, per affermare realmente la centralità della persona rispetto alla offerta, deve assumere una posizione "terza" di controllore neutrale della qualità, della libera scelta del paziente, della sicurezza delle cure, della conformità medica delle prestazioni e dei relativi volumi. Devono essere introdotti modelli in grado di premiare e incentivare le realtà più virtuose, penalizzando di conseguenza le realtà meno efficienti e non rispondenti alle mutate esigenze dei pazienti e della qualità complessiva del sistema. Erogatori pubblici e privati dovranno adeguare i loro modelli organizzativi di offerta ai trend internazionali consolidati che impongono una consistente riduzione del numero di ospedali generalisti per acuti (soprattutto di piccole dimensioni), la creazione di reti ospedaliere a elevata tecnologia e contenuto professionale, lo sviluppo della filiera assistenziale territoriale di cure primarie ed extraospedaliere. Clinical governance, e-medicine, health technology assessment, risk management. Sono parole chiave, mutuata dal mondo anglosassone che introducono una nuova cultura del governo sanitario, già praticata anche nelle*

*realtà più avanzate del nostro Paese. Il cambiamento di cultura è profondo. Comporta una dialettica strutturata tra gli attori delle politiche sanitarie che includono le competenze mediche, tecnologiche e manageriali. Né può prescindere dallo sviluppo di processi di aziendalizzazione e da una accelerazione meritocratica che investe l'intero mondo sanitario.* (Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 2009, p. 66).

Cosa cambia nella *governance*, se cambia il fine per cui viene utilizzata? Se, per quanto riguarda le politiche per la salute, essa deve essere funzionale agli interventi inerenti i determinanti sociali più che all'efficienza prestazionale sanitaria, quali differenze assume la sua configurazione in termini di figure partecipanti, scopi di questi, regole della partecipazione, ecc.?

Non è facile dare una risposta esaustiva a questo/i interrogativo/i.

È evidente però che a seconda della prospettiva, ad esempio, cambia il coinvolgimento dei cittadini. Semplificando, si può dire che da cittadino protagonista della costruzione della propria salute si passa a cittadino cliente consumatore delle prestazioni di un produttore, indifferentemente pubblico o privato, che le offre in un mercato più o meno regolato. Entrambe queste figure portano con sé un paniere di diritti, che in parte sono i medesimi. Ma se da una parte ci si riferisce al *corpus* del diritto alla partecipazione, intendendo già questo come momento di promozione/costruzione della salute (Biocca, 2005; Capizzi *et al.*, 2009), dall'altra il riferimento è al diritto commerciale, ovvero allo scambio tra produttore e utilizzatore, arrivando - grazie alle nuove frontiere della medicina (la cosiddetta medicalizzazione della vita; Maturo, Conrad, 2009) - all'utilizzatore che diventa il prodotto stesso dell'intervento sanitario "trasformativo" (Ruta, 2006, pp. 85 e seguenti).

Per fare un altro esempio, cambia anche il sistema di priorità esito della *governance*. Un conto è regolare in modo partecipato un mercato fatto di profonde asimmetrie, in cui l'offerta spesso crea la domanda, per cui gli strumenti di contenimento della spesa - di per sé tendenzialmente incontenibile - sono quelli della definizione delle tipologie, delle quantità e dei prezzi delle prestazioni pagate con i DRG (in quanto prezzi prestabiliti) e/o con i *ticket* (prezzi aggiuntivi con funzione di calmieramento della domanda) o con prezzi a copertura totale dei costi (prestazioni a domanda privata). Un altro conto è avere come priorità la modificazione degli stili di vita o dei fattori patogeni ambientali o dei fattori sociali come la precarietà del lavoro, per i quali non ci possono essere DRG, *ticket* o prezzi ma scelte collettive governate e gestite da istituzioni i cui costi sono coperti dalla fiscalità generale o da tassazione di scopo.

## **Governance secondo il Patto per la salute 2010-2012**

I rappresentanti del Governo e delle Regioni hanno sottoscritto il 23 ottobre 2009 il nuovo *Patto per la salute 2010-2012*. Al di là del risultato, è un classico esempio di *governance* istituzionale, sia perché determinato da norme costituzionali (la sanità come materia concorrente alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione) o ordinarie (Legge delega n. 42/2009 sul federalismo fiscale), sia perché comporta un processo di *governance* indispensabile per la sua implementazione.

I contenuti essenziali del Patto, frutto di una trattativa particolarmente intensa, riguardano la messa in equilibrio finanziario del Servizio sanitario per i prossimi anni, con la garanzia di risorse aggiuntive da parte dello Stato per il potenziamento dell'offerta, nonché le regole per affrontare i *deficit* che i Servizi sanitari regionali possono avere, il tutto perseguendo il miglioramento della qualità-appropriatezza dell'offerta e della riduzione delle differenze territoriali. Si afferma, tra l'altro, che:

*Governo e Regioni ritengono necessario, con il presente patto ed in un contesto federalista che rafforza i poteri e le responsabilità delle Regioni, individuare in modo condiviso ed in attuazione dello spirito di leale collaborazione istituzionale, le regole e le procedure di verifica e controllo delle attività delle Regioni per garantire i LEA su tutto il territorio nazionale e modalità di finanziamento che diano certezza di risorse, nonché sancire la necessità di istituire un'apposita sede per definire nuove regole di funzionamento del sistema che riconoscano e valorizzino, in un quadro di reciproca condivisione, la concorrenza di poteri sancita dal quadro costituzionale.*

In altri termini, in esso emerge una visione, se non totalmente contrapposta a quella del *Libro bianco*, comunque significativamente diversa. Nelle *Linee guida del Patto* (Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 2009), infatti, si stabiliscono/ribadiscono i temi chiave che comportano necessariamente l'estensione del metodo della *governance* nell'implementazione del Patto stesso. Ad esempio:

- importanza del coinvolgimento dei professionisti operanti nel campo della tutela della salute;
- la necessità di

*combinare la politica di promozione e sostegno propria del Governo con il rafforzamento della autonomia organizzativa e della responsabilità finanziaria delle Regioni*

in quanto condizione per

*mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al tempo stesso ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica;*

- la convergenza tra compatibilità economica del sistema finanziario del Paese e l'effettivo costo del LEA in condizione di efficienza e appropriatezza; a tal fine  
*verrà rafforzato a livello di Conferenza Stato-Regioni il sistema di monitoraggio interistituzionale sulla erogazione effettiva dei LEA, con l'impegno che a fianco dei compiti di valutazione sul versante economico finanziario saranno sviluppati in maniera adeguata anche quelli sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie, nonché la politica dei controlli. A livello di Conferenza delle Regioni e PP.AA. verrà invece sviluppata, tramite apposito accordo interregionale, non solo una funzione di valutazione, ma, ove necessario, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le Regioni, che dovrà vedere protagoniste, secondo un principio di solidarietà e di partenariato, le Regioni stesse;*
- il rafforzamento della capacità programmatica e organizzativa delle Regioni con  
*azioni incisive di miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni, dell'efficienza della loro erogazione, dell'equità di accesso dei cittadini, finalizzando l'utilizzo delle risorse all'accrescimento della qualità e dell'efficacia dei servizi e alla garanzia di una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio nazionale. Ad esaltare tale obiettivo il patto prevede la creazione di un meccanismo di premialità accessibile a tutte le Regioni;*
- il miglioramento-rafforzamento delle prestazioni in termini di prevenzione, riorganizzazione delle cure primarie, integrazione socio-sanitaria, non autosufficienza, appropriatezza delle prestazioni farmaceutiche, gestione delle risorse umane, qualificazione delle reti ospedaliere regionali e sviluppo dei servizi territoriali;
- il sostegno all'innovazione, sia in termini di patrimonio tecnologico che di qualità del sistema;
- i settori strategici da qualificare: riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera; assistenza farmaceutica; gestione del personale; potenziamento dell'assistenza specialistica; meccanismi di regolazione del mercato; accordi sulla mobilità interregionale; assistenza territoriale e post-acuta.

Vista la natura del Patto, esso declina l'azione di *governance* in particolare per quanto riguarda la valutazione e il monitoraggio degli adempimenti regionali.

*La nuova responsabilizzazione in materia di impegni per il conseguimento degli obiettivi economico finanziari e di miglioramento dei servizi richiede un percorso valutativo per il quale si conviene quanto segue: presso la Conferenza Stato-Regioni è istituita apposita Struttura tecnica di monitoraggio e verifica. La composizione della struttura è paritetica e prevede sei rappresentanti dei Ministeri - Economia, Salute ed Affari regionali - sei rappresentanti delle Regioni - tre di competenza di tipo economico e tre di competenza sanitaria - e due delle rispettive Segreterie della Conferenza delle Regioni e PPAA e della Conferenza Stato-Regioni. La Struttura si avvale per lo svolgimento delle proprie funzioni del supporto dell'AGENAS e dell'AIFA. L'attività ed il funzionamento della struttura sono disciplinati da un regolamento da approvarsi con Accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni ... la Struttura tecnica di monitoraggio e verifica procede ...*

*all'aggiornamento degli strumenti di valutazione e monitoraggio, approvati dalla Conferenza Stato Regioni ... al fine di snellire e semplificare gli attuali adempimenti ed individuare un apposito set di indicatori per aree prioritarie di particolare rilevanza in materia di attuazione dei LEA, tenendo conto degli indicatori già resi disponibili dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle esperienze già operative in diverse realtà regionali. ... (inoltre) la Conferenza Stato-Regioni approva con intesa: i nuovi strumenti di monitoraggio e valutazione, gli obiettivi, i risultati della valutazione annuale, derivanti dal monitoraggio effettuato, con adozione dei provvedimenti conseguenti. ... A questo fine la Conferenza Stato-Regioni si riunisce almeno due volte l'anno o su richiesta delle Regioni. ... la Conferenza delle Regioni e PP.AA. provvede alla valutazione dei piani di rientro per il risanamento economico finanziario, nonché dei piani di miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni proposti dalla Regione interessata a seguito di andamento critico degli indicatori di sistema, al fine del successivo esame in sede di Conferenza Stato-Regioni.*

## Appendice 2. Bibliografia di riferimento

- AA.VV. Welfare locale. Azioni di sistema, territori e *governance*. *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 2, Edizioni Ediesse, Roma, 2005.
- AA.VV. Il sistema socio-sanitario in Italia. Quattro percorsi di lettura e le evoluzioni necessarie. *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 1, Edizioni Ediesse, Roma, 2007.
- AA.VV. L'Europa delle Regioni. Welfare fra federalismo e ri-centralizzazione. *La Rivista delle Politiche Sociali*, n. 3, Edizioni Ediesse, Roma, 2008.
- Anconelli M., Piccinini R. (a cura di). *Il forum del Terzo settore in Emilia-Romagna. Alla ricerca della rappresentanza*. FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Ardigò A. *Crisi di governabilità e mondi vitali*. Cappelli, Bologna, 1980.
- Arena G. Il principio di sussidiarietà orizzontale nell'art. 118 u.c. della Costituzione. In *Studi in onore di Giorgio Berti*. v. 1. Raccolte di studi dell'Istituto giuridico dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Jovene, Napoli, 2005, p. 179-221.
- Assessorato regionale per le politiche per la salute dell'Emilia-Romagna - Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Documento di attuazione del PSSR 2008-2010. In Allegato alla DGR n. 1066/2009.
- Azienda USL di Ravenna, Direzione Attività socio-sanitarie. Integrazione dei servizi sociale e sanitari. Linee guida e indirizzi operativi. Azienda USL di Ravenna, 2009.
- Barberis E. Rapporti territoriali e debolezze strutturali. Caratteristiche e limiti del coordinamento delle politiche sociali in Italia. Paper presentato al Forum RPS-ESPANET, Roma, 5-6 novembre 2009
- Barretta A.D. (a cura di). *L'integrazione socio-sanitaria*. Il Mulino, Bologna, 2009.
- Bellentani M.D., Bugliari Armenio L. 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](http://www.agenas.it/agenas_pdf/Dossier_Fondi_e_Politiche_per_la_NA%20__novembre_2009.pdf)
- Belligni S. Miss *governance*, I presume. *Meridiana*, 50/51: 181-209, 2004. Scaricabile da <http://www.dircost.unito.it/dizionario/pdf/Belligni-Governance.pdf>
- Biocca M. (a cura di). *Cittadini competenti costruiscono azioni per la salute. I Piani per la salute in Emilia-Romagna 2002-2004*. FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Biocca M., Grilli R., Riboldi B. (a cura di). *La governance nelle organizzazioni sanitarie*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Bissolo G., Fazzi L. (a cura di). *Costruire l'integrazione socio-sanitaria. Attori, strumenti, metodi*. Carrocci Faber, Roma, 2009.
- Bobbio L. I governi locali nelle democrazie contemporanee. Laterza, Roma-Bari, 2002.

- Bolgherini S. Unioni di Comuni: tre casi in Emilia-Romagna. *Amministrare Rivista quadrimestrale dell'Istituto per la Scienza dell'Amministrazione pubblica*, 1: 5-34, 2009.
- Borgonovi E. *Principi e sistemi aziendali per le Pubbliche amministrazioni*. EGEA, Milano, 2006.
- Borzaga C. L'impresa sociale: un modo socialmente responsabile di fare impresa. In Campedelli M., Fiorentini G. (a cura di). *Impresa sociale. Idee e percorsi per uscire dalla crisi*. Diabasis, Reggio Emilia, 2010.
- Campedelli M. La programmazione come chiave interpretativa delle politiche pubbliche di welfare. Il caso della Toscana. In Campedelli M., Carrozza P., Rossi E. (a cura di). *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*. Il Mulino, Bologna, 2009.
- Campedelli M. Dentro il welfare che cambia. In Tognoni G. (a cura di). *Epidemiologia di cittadinanza: dalla invisibilità alla autonomia*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2010a.
- Campedelli M. Una epidemiologia di cittadinanza per riabilitare il welfare? In Tognoni G. (a cura di). *Epidemiologia di cittadinanza: dalla invisibilità alla autonomia*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 2010b.
- Campedelli M., Barsanti S., Innocenti E. (a cura di). *Il profilo di salute. Un sussidio per i piani integrati di salute*. ETS, Pisa, 2010, in corso di stampa.
- Capizzi S., Nicoli M.A., Cinotti R. (a cura di). *La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive*. Dossier n. 180/2009. Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, Bologna, 2009.
- Carpani G. Comuni e Servizio sanitario dopo la riforma del Titolo V Cost. In Ricca M., Chieppi L. (a cura di). *Il governo della salute. Regionalismi e diritti di cittadinanza*. Ufficio Stampa ed Editoria, Formez, Roma, 2005.
- Carrozza P. Sussidiarietà e politiche sociali dopo la riforma del Titolo V: la nuova veste dei diritti sociali. In Ferioli E. (a cura di). *Sussidiarietà e politiche sociali dopo la riforma del Titolo V della Costituzione. Atti del Convegno, Pisa, 27 e 28 settembre 2002*. Giappichelli, Torino, 2004.
- Carrozza P. Art. 65 Concorso degli Enti locali. In Caretti P., Carli M., Rossi E. (a cura di). *Statuto della Regione Toscana. Commentario*. Giappichelli, Torino, 2005.
- Carrozza P. Il welfare regionale tra uniformità e differenziazione: la salute delle Regioni. In Catelani E. (a cura di). *I principi negli Statuti regionali*. Il Mulino, Bologna, 2008.
- Carrozza P. Il welfare sanitario ed assistenziale toscano come modello. In Campedelli M., Carrozza P., Rossi E. (a cura di). *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*. Il Mulino, Bologna, 2009.
- CEIS - Facoltà di Economia dell'Università di Roma Tor Vergata. *Rapporto CEIS - Sanità 2008, "Il governo del sistema sanitario"*. Università degli studi di Roma Tor Vergata, Roma, 2009.
- Cinotti R. *et al.* Glossario della qualità e dell'accreditamento. 2005.  
[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree\\_di\\_programma/accreditamento/gr\\_fun/pr\\_accreditamento/pubblicazioni/glos\\_accr/link/glossario.pdf](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/accreditamento/gr_fun/pr_accreditamento/pubblicazioni/glos_accr/link/glossario.pdf)



- Commissione Comunità europee. *La governance europea. Un libro bianco*. Bruxelles, 5.8.2001 COM(2001) 428 definitivo/2. 2001.  
[http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2001/com2001\\_0428it02.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/it/com/2001/com2001_0428it02.pdf)
- Commissione Comunità europee. Libro bianco. Un impegno comune per la salute: approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013. COM(2007) 630, Bruxelles, 23/10/2007. [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/Documents/strategy\\_wp\\_it.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_it.pdf)
- Conferenza delle Regioni e delle Province autonome. Linee guida delle Regioni per la definizione del nuovo Patto per la salute 2010-2012. 23 ottobre 2009.  
<http://www.regioni.it/upload/LINEEGUIDPERPATTOSALUTE231009.pdf>
- Del Vecchio M., Longo F., Lega F. Le possibili aree di discontinuità ambientale. Presentazione al Corso per Direttori generali organizzato dalla Regione Emilia-Romagna *Quali scenari futuri per il SSN?*, 13 marzo 2009.
- Delpino L., Del Giudice F. *Compendio di diritto amministrativo*. Gruppo editoriale Esselibri-Simone, Napoli, 2009.
- Fabrizio R. Regione Emilia-Romagna. Innovazione nelle politiche di sostegno al domicilio. *Servizi Sociali Oggi*, n. 6, 2007.
- Fazzi L. La *governance* e i processi decisionali per lo sviluppo dell'impresa sociale. In Bernardoni A. (a cura di). *Imprese cooperative sociali. Identità, responsabilità, governance, accountability*. Editore Maggioli, Sant'Arcangelo di Romagna, 2008.
- Ferioli E.A. *L'accreditamento nei servizi sociali ed il Terzo settore: una nuova sfida per il non profit?* Rapporto finale della ricerca finanziata dall'Agenzia per le onlus. Università del Molise, Dipartimento di scienze giuridico-sociali e dell'Amministrazione. 2009.
- Fiorentini G. *Impresa sociale e sussidiarietà. Dalle fondazioni alle spa; management e casi*. FrancoAngeli, Milano, 2006.
- Formez. *Il contratto di servizio nella riforma dei servizi pubblici locali*. 2005.  
<http://www.formez.it>
- Frey M. Il Bilancio sociale: dalle Aziende sanitarie alle società della salute. In Campedelli M., Carrozza P., Rossi E. (a cura di). *Il nuovo welfare toscano: un modello? La sanità che cambia e le prospettive future*. Il Mulino, Bologna, 2009.
- Gallo E. (a cura di). *La continuità assistenziale nei rapporti tra ospedale e territorio*. Fondazione Zancan, Padova, 2003.
- Grilli R. Accountability e organizzazioni sanitarie. In Biocca M. (a cura di). *Bilancio di missione. Aziende sanitarie responsabili si raccontano*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2010, pp. 1-18.
- IRS - Istituto per la ricerca sociale. Speciale. Regioni e valutazione delle politiche sociali. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 15-16, 2009.
- Longo F. *Governance dei network di pubblico interesse*. Egea, Milano, 2005.
- Maino F., Ferrera M. Le politiche sanitarie. In Ferrera M. *Le politiche sociali. L'Italia in prospettiva comparata*. Il Mulino, Bologna, 2006.

- Mapelli V. (a cura di). *I sistemi di governance dei servizi sanitari regionali*. Formez, Roma, Quaderno n. 57, 2007.
- Mapelli V. La qualità della sanità non dipende dalla spesa. *Lavoce.info*, 15 marzo 2008. <http://www.lavoce.info/articoli/-sanita/pagina1000271.html>
- Martini A., Sisti M. *Valutare il successo delle politiche pubbliche*. Il Mulino, Bologna, 2009.
- Maturo A., Conrad P. *La medicalizzazione della vita*. Salute e Società, FrancoAngeli, Milano, 2009.
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali. *Libro bianco sul futuro del modello sociale. La vita buona nella società attiva*. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, 2009. <http://www.lavoro.gov.it/NR/rdonlyres/376B2AF8-45BF-40C7-BBF0-F9032F1459D0/0/librobianco.pdf>
- Moro G. The citizen's side of *governance*. *The Journal of Corporate Citizenship*, 7: 18-30, 2002.
- OECD. Health data 2009 How does Italy compare. 2009. <http://www.oecd.org>
- Perulli P. *Atlante metropolitano*. Il Mulino, Bologna, 2000.
- Pirazzini P. Relazione all'Assemblea regionale del CALER del 3 febbraio 2009. In proprio, 2009.
- Raciti M. La costruzione di un sistema di monitoraggio e valutazione in Emilia-Romagna. *Prospettive Sociali e Sanitarie*, n. 15-16, 2009.
- Regione Emilia-Romagna *Le Istituzioni del Federalismo. Regione e Governo locale*, n. 5, 2008a. [http://www.regione.emilia-romagna.it/affari\\_ist/rivista\\_5\\_2008/Intero.pdf](http://www.regione.emilia-romagna.it/affari_ist/rivista_5_2008/Intero.pdf)
- Regione Emilia-Romagna. *Rendicontazione sociale "anziani". Verso il "bilancio sociale territoriale". Un appunto sulla governance dei processi e sulla sua rendicontazione*. Regione Emilia-Romagna, 2008b. [http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/par/pagine/II\\_conferenza/territorio\\_b.pdf](http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/par/pagine/II_conferenza/territorio_b.pdf)
- Regione Emilia-Romagna - Rendicontazione sociale "Anziani" *Verso il "bilancio sociale territoriale. Un appunto sulla governance dei processi e sulla sua rendicontazione*. Regione Emilia-Romagna, 2008c.
- Rosetti A., Di Giovannantonio A., Toschi E. L'accreditamento in area sociale e socio-sanitaria: problemi e prospettive. Project work. Percorso formativo per facilitatori per l'accreditamento in sanità. Regione Emilia-Romagna, 2005. [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree\\_di\\_programma/accreditamento/gr\\_fun/pr\\_accreditamento/pubblicazioni/pw\\_rossetti\\_digiov/link/pw\\_rossetti\\_digiovann.pdf](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/aree_di_programma/accreditamento/gr_fun/pr_accreditamento/pubblicazioni/pw_rossetti_digiov/link/pw_rossetti_digiovann.pdf)
- Ruta C. *Ai confini della medicina. Verso l'economia dell'essere*. Egea, Milano, 2006.
- Sabbatini A. *Governance. Rivista delle Politiche Sociali*, n. 2, Edizioni Ediesse, Roma, 2005.

- Servizio programmazione e sviluppo dei servizi sociali. Promozione sociale. Terzo settore, servizio civile. Regione Emilia-Romagna. *I nuovi strumenti della programmazione regionale: la sfida del profilo di comunità e dell'atto di indirizzo e coordinamento triennale*. ottobre 2009.  
<http://www.emiliaromagnasociale.it/wcm/emiliaromagnasociale/home/pianosociale/volumeconanalisiprofilicomunita.htm>
- Tedeschi P. Misurare e valutare la performance assistenziale della sanità territoriale. In Nuti S. (a cura di). *La valutazione della performance in sanità*. Il Mulino, Bologna, 2008.
- Tieghi M. Il Bilancio di missione delle Aziende sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna. In Biocca M., Grilli R., Riboldi B. (a cura di). *La governance nelle organizzazioni sanitarie*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Tomba R. Il nuovo sistema di accreditamento dei servizi sociali e socio-sanitari della Regione Emilia-Romagna. *Servizi Sociali Oggi*, n. 3, 2007a.
- Tomba R. Il Fondo per la non autosufficienza della Regione Emilia-Romagna. *Servizi Sociali Oggi*, n. 4, 2007b.
- Tomba R. *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.
- Vagnoni E. Il ruolo del capitale intellettuale nel sistema di valutazione delle performance delle Aziende sanitarie. In Biocca M., Grilli R., Riboldi B. (a cura di). *La governance nelle organizzazioni sanitarie*. FrancoAngeli, Milano, 2008.
- Vasapollo L., Martufi R. Le diverse forme di privatizzazione. *Proteo*, n. 1, 1998.
- WHO. *Health systems governance. Toolkit on monitoring health systems strengthening*. World Health Organization, 2008.  
[http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit\\_hss/EN\\_PDF\\_Toolkit\\_HSS\\_Governance.pdf](http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/EN_PDF_Toolkit_HSS_Governance.pdf)
- Zattoni A. (a cura di). *Corporate governance*. Egea, Milano, 2006.
- Zavatti R. (a cura di). *Le gestioni associate tra i Comuni in Emilia-Romagna. Relazione sulla stato di attuazione del Programma di riordino territoriale 2008-2009*. Assessorato alla Programmazione e Sviluppo Territoriale, Cooperazione con le Autonomie, Organizzazione, Regione Emilia-Romagna, 2009.  
[http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/gestioni\\_associate/sezioni/prt/Relazione\\_prt/2009\\_RELAZIONE\\_STATO\\_ATTUAZIONE\\_PRT\\_08lu.doc](http://www.regione.emilia-romagna.it/wcm/gestioni_associate/sezioni/prt/Relazione_prt/2009_RELAZIONE_STATO_ATTUAZIONE_PRT_08lu.doc)



## **Appendice 3.**

# **Principale normativa di riferimento della Regione Emilia-Romagna (aggiornata al dicembre 2009)**

### ***Sistema istituzionale***

- **Legge regionale n. 10/2008**

Misure per il riordino territoriale, l'autoriforma dell'amministrazione e la razionalizzazione delle funzioni

- **Legge regionale n. 13/2009**

Istituzione del Consiglio delle Autonomie locali

### ***Sistema di governance***

- **Delibera di Giunta n. 2187/2005**

Recepimento del protocollo d'intesa siglato tra R.E.R. e le rappresentanze delle autonomie locali dell'E.R. 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

- **Delibera di Giunta n. 1004/2007**

Attuazione D.A.L. n. 91/2006 e D.G.R. n. 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

- **Delibera di Giunta n. 432/2008**

Approvazione programma per la promozione e sviluppo degli Sportelli sociali in attuazione delle deliberazioni della Assemblea legislativa n. 144/07 e della Giunta regionale n. 2128/07 - Ripartizione, assegnazione e concessione relative risorse

### ***Programmazione***

- **Delibera della Assemblea legislativa n. 175/2008**

Piano sociale e sanitario 2008-2010

- **Delibera della Assemblea legislativa n. 202/2008**

Indirizzi di programmazione degli interventi per lo sviluppo, il consolidamento e la qualificazione dei servizi educativi rivolti ai bambini in età 0-3 anni. Triennio 2009-2011 - L.R. 10 gennaio 2000, n. 1

• **Delibera della Assemblea legislativa n. 206/2008**

Approvazione del Programma 2009-2011 per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri (art. 3, comma 2, L.R. 5/2004)

• **Delibera di Giunta n. 698/2008**

Programma regionale "Dipendenze patologiche" - Obiettivi per il triennio 2008-2010

• **Delibera di Giunta n. 1682/2008**

Prima attuazione del PSSR 2008-2010: approvazione delle procedure per la programmazione di ambito distrettuale 2009-2011, di linee guida per la partecipazione del Terzo settore, del programma di accompagnamento e formazione

• **Delibera di Giunta n. 1690/2008**

Linee di indirizzo per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza nell'ambito dei Piani di zona per la salute e il benessere sociale

• **Comunicazione degli Assessori G. Bissoni e A.M. Dapporto - PG. n. 55319/2008**

Linee di indirizzo per la definizione del ruolo e del funzionamento delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie e dell'Atto di indirizzo e coordinamento e informazioni per la programmazione del FRNA 2008

• **Comunicazione degli Assessori G. Bissoni e A.M. Dapporto - PG. n. 129056/2008**

Indicazioni per la costruzione del profilo di comunità

• **Delibera di Giunta n. 313/2009**

Piano attuativo salute mentale 2009-2011

• **Deliberazione di Giunta n. 602/2009**

Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2009

***Legislazione sanitaria***

• **Legge regionale n. 19/1994**

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

• **Legge regionale n. 50/1994**

Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende Unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere

• **Legge regionale n. 11/2000**

Modifiche della L.R. 12 maggio 1994, n. 19 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale ai sensi del D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, modificato dal D.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517" e della L.R. 20 dicembre 1994, n. 50 "Norme in materia di programmazione, contabilità, contratti e controllo delle Aziende unità sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere" ai sensi del D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229

• **Legge regionale n. 21/2003**

Istituzione dell'Azienda Unità sanitaria locale di Bologna - Modifiche alla Legge regionale n. 19/94

• **Legge regionale n. 29/2004**

Norme generali sull'organizzazione e il funzionamento del Servizio sanitario regionale

• **Delibera di Giunta n. 213/2005**

Introduzione del Bilancio di missione nel Servizio sanitario regionale

• **Legge regionale n. 2/2006**

Modifiche all'art. 10 della Legge regionale n. 29/2004, in materia di Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico

• **Legge regionale n. 4/2008**

Disciplina degli accertamenti della disabilità - Ulteriori misure di semplificazione e altre disposizioni in materia sanitaria e sociale

***Legislazione sociale***

• **Legge regionale n. 5/1994**

Tutela e valorizzazione delle persone anziane. Interventi a favore di anziani non autosufficienti

• **Legge regionale n. 7/1994**

Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale. Attuazione della Legge 8 novembre 1991, n. 381 - Testo coordinato con le modifiche apportate dalla L.R. 18/3/97, n. 6

• **Legge regionale n. 29/1997**

Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili

• **Legge regionale n. 27/1998**

Norme concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli

• **Legge regionale n. 34/2002**

Norme per la valorizzazione delle associazioni di promozione sociale. Abrogazione della Legge regionale 7 marzo 1995, n. 10 (Norme per la promozione e la valorizzazione dell'associazionismo)

• **Legge regionale n. 2/2003**

Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

• **Legge regionale n. 12/2003**

Norme per l'uguaglianza delle opportunità di accesso al sapere, per ognuno e per tutto l'arco della vita, attraverso il rafforzamento dell'istruzione e della formazione professionale, anche in integrazione tra loro

*art. 12* L'istruzione e la formazione professionale per le persone in stato di disagio e in situazione di handicap

*art. 23* Integrazione fra le politiche scolastiche e le politiche sociali e sanitarie

• **Legge regionale n. 20/2003**

Nuove norme per la valorizzazione del servizio civile. Istituzione del servizio civile regionale. Abrogazione della L.R. 28 dicembre 1999, n. 38

• **Legge regionale n. 5/2004**

Norme per l'integrazione sociale dei cittadini stranieri immigrati. Modifiche alle Leggi regionali 21 febbraio 1990, n. 14 e 12 marzo 2003, n. 2

• **Legge regionale n. 12/2005**

Norme per la valorizzazione delle organizzazioni di volontariato. Abrogazione della L.R. 2 settembre 1996, n. 37 (Nuove norme regionali di attuazione della Legge 11 agosto 1991, n. 266 - Legge quadro sul volontariato. Abrogazione della L.R. 31 maggio 1993, n. 26)

• **Legge regionale n. 17/2005**

Norme per la promozione dell'occupazione, della qualità, sicurezza e regolarità del lavoro  
*Sezione III* Politiche per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità

• **Legge regionale n. 12/2007**

Promozione dell'attività di recupero e distribuzione di prodotti alimentari a fini di solidarietà sociale

• **Legge regionale n. 3/2008**

Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna

• **Legge regionale n. 4/2008**

Disciplina degli accertamenti della disabilità - Ulteriori misure di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale

• **Legge regionale n. 14/2008**

Norme in materia di politiche per le giovani generazioni

• **Legge regionale n. 11/2009**

Norme per la promozione e la valorizzazione dell'amministratore di sostegno, istituto previsto dalla Legge 9 gennaio 2004, n. 6

• **Legge regionale n. 24/2009**

*art. 49* Modifiche alla Legge regionale n. 2 del 2003 e norme su altri servizi con concorso economico regionale



### ***Fondo regionale non autosufficienza (FRNA)***

- **Legge regionale n. 27/2004**

Legge finanziaria regionale per l'esercizio finanziario 2005 e del bilancio pluriennale 2005-2007

*art. 51* Fondo regionale per la non autosufficienza

- **Delibera di Giunta n. 509/2007**

Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma per l'avvio nel 2007 e per lo sviluppo nel triennio 2007-2009

- **Delibera di Giunta n. 1206/2007**

Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della deliberazione G.R. 509/2007

- **Delibera di Giunta n. 840/2008**

Prime linee di indirizzo per le soluzioni residenziali e l'assistenza al domicilio per le persone con gravissima disabilità nell'ambito del FRNA e della DGR 2068/04

- **Delibera di Giunta n. 1230/2008**

Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma 2008 e definizione interventi a favore delle persone adulte con disabilità

- **Delibera di Giunta n. 1702/2009**

Fondo regionale per la non autosufficienza - Programma 2009

### ***Autorizzazione al funzionamento***

- **Legge regionale n. 34/1998**

Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche e private in attuazione del D.P.R. 14 gennaio 1997

- **Delibera di Giunta n. 564/2000**

Direttiva regionale per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture residenziali e semiresidenziali per minori, portatori di handicap, anziani e malati di AIDS, in attuazione della L.R. 12/10/1998, n. 34

- **Legge regionale n. 2/2003**

Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

*art. 35* Autorizzazione di strutture e servizi socio-assistenziali e socio-sanitari

*art. 36* Vigilanza sui servizi e le strutture

*art. 37* Comunicazione di inizio attività

- **Delibera di Giunta n. 846/2007**

Direttiva in materia di affidamento familiare e accoglienza in comunità di bambini e ragazzi (Legge 4 maggio 1983, n. 184 e successive modifiche e articoli 5 e 35 L.R. 12 marzo 2003, n. 2 e successive modifiche)

### ***Accreditamento (ambito sociale e socio-sanitario)***

- **Legge regionale n. 2/2003**

Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, così come modificati dall'art. 39 della L.R. 22/12/2005, n. 20

*art. 38* Erogazione dei servizi mediante accreditamento

- **Delibera di Giunta n. 772/2007**

Approvazione dei criteri, delle linee guida e dell'elenco dei servizi per l'attivazione del processo di accreditamento in ambito sociale e socio-sanitario. Primo provvedimento attuativo art. 38 L.R. 2/03 e succ. modd.

- **Legge regionale n. 4/2008**

Disciplina degli accertamenti della disabilità. Ulteriori norme di semplificazione ed altre disposizioni in materia sanitaria e sociale

*art. 23* Accreditamento dei servizi e delle strutture socio-sanitarie

- **Delibera della Assemblea legislativa n. 175/2008**

Piano sociale e sanitario 2008-2010

*capitolo 5 della Parte prima*

Qualità dei servizi e rapporto tra privati e istituzioni pubbliche. Il processo di accreditamento in ambito socio-sanitario e sociale

- **Delibera di Giunta n. 514/2009**

Primo provvedimento della Giunta regionale attuativo dell'art. 23 della LR 22/12/2005, n. 20 (Legge finanziaria regionale per l'anno 2006)

### ***Azienda pubblica di servizi alla persona (ASP)***

- **Legge regionale n. 2/2003**

Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali

*Titolo IV* Riordino delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza. Aziende pubbliche di servizi alla persona

- **Delibera Consiglio regionale n. 623/2004**

Direttiva per la trasformazione delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza in Aziende pubbliche di servizi alla persona ai sensi dell'articolo 23 della Legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali).

• **Delibera Consiglio regionale n. 624/2004**

Definizione di norme e principi che regolano l'autonomia statutaria, gestionale, patrimoniale, contabile e finanziaria delle Aziende pubbliche di servizi alla persona secondo quanto previsto all'articolo 22, comma 1, lettera d) della Legge regionale 12 marzo 2003, n. 2 (Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) - Primo provvedimento

• **Delibera di Giunta n. 284/2005**

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) secondo quanto previsto dalla L.R. 2/03 e delib. C.R. 623/04

• **Delibera di Giunta n. 722/2006**

Piano di trasformazione delle Aziende pubbliche di servizi alla persona - Ulteriori chiarimenti e precisazioni

• **Delibera di Giunta n. 279/2007**

Approvazione di uno schema tipo di regolamento di contabilità per le Aziende pubbliche di servizi alla persona di cui all'art. 25 della L.R. n. 2 del 12 marzo 2003

***Terzo settore***

*ASSOCIAZIONISMO*

• **Legge regionale n. 34/2002**

Norme per la valorizzazione delle associazioni di promozione sociale. Abrogazione della LR 10/95

• **Delibera di Giunta n. 910/2003**

Registro regionale delle associazioni di promozione sociale: modalità per l'iscrizione, la cancellazione e la revisione. Registri provinciali e comunali delle associazioni di promozione sociale: criteri minimi di uniformità delle procedure per l'iscrizione, la cancellazione e la revisione

**così come modificata dalla Delibera di Giunta n. 978/2008**

Modifiche ed integrazioni all'allegato parte integrante della deliberazione n. 910/2003

*VOLONTARIATO*

• **Legge regionale n. 12/2005**

Norme per la valorizzazione delle organizzazioni di volontariato. Abrogazione della L.R. 2 settembre 1996, n. 37

• **Delibera di Giunta n. 139/2006**

Modalità per la gestione del registro regionale delle organizzazioni di volontariato. Criteri minimi di uniformità delle procedure per la gestione dei registri provinciali delle organizzazioni di volontariato. Revoca della deliberazione n. 2436/1996

**così come modificata dalla Delibera di Giunta n. 1971/2006**

Modifica dell'allegato parte integrante della deliberazione n. 139/2006 "Modalità per la gestione del registro regionale delle organizzazioni di volontariato. Criteri minimi di uniformità delle procedure per la gestione dei registri provinciali delle organizzazioni di volontariato"

• **Delibera di Giunta n. 140/2006**

Determinazione delle caratteristiche delle organizzazioni di volontariato a rilevanza regionale iscrivibili nel registro regionale di cui all'art. 2, comma 1 della L.R. 12/2005

*COOPERAZIONE SOCIALE*

• **Legge regionale n. 7/1994**

Norme per la promozione e lo sviluppo della cooperazione sociale. Attuazione della Legge 8 novembre 1991, n. 381 - Testo coordinato con le modifiche apportate dalla L.R. 18/3/97, n. 6

• **Delibera di Giunta n. 2629/1994**

Adozione schemi tipo di convenzioni con le cooperative sociali ai sensi dell'art. 11, L.R. 4/2/94, n. 7

• **Delibera di Giunta n. 1851/1997**

Direttiva ai sensi dell'art. 10 della L.R. 4/2/94, n. 7, così come sostituito dall'art. 2 della L.R. 18/3/97, n. 6

• **Delibera di Giunta n. 585/1998**

Modalità e criteri per la concessione dei contributi previdenziali previsti dagli artt. 9 e 16 della L.R. 4/2/94, n. 7

• **Delibera di Giunta n. 1402/2001**

Direttiva ai sensi dell'art. 22 comma 1bis della L.R. 7/94, modificata dalla L.R. 6/97 - Acquisizione tramite le Amministrazioni provinciali degli elementi utili al monitoraggio relativamente all'affidamento in gestione dei servizi socio-assistenziali, sanitari, educativi e di inserimento lavorativo

• **Delibera di Giunta n. 1319/2007**

Esercizio delle funzioni amministrative concernenti l'iscrizione, la cancellazione e l'aggiornamento dell'albo delle cooperative sociali di cui alla LR 4/2/94 n. 7 e successive modificazioni già delegate alle province ai sensi della LR 21/4/1999 n. 3 "Abrogazione della DGR 62/2000"

• **Regolamento regionale 23 aprile 2009, n. 2**

Regolamento di semplificazione delle Commissioni e di altri organismi collegiali operanti in materia sanitaria e sociale in attuazione dell'art. 8 della Legge regionale 19 febbraio 2008, n. 4

# COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale

## 1990

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna. (\*)

## 1991

6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna. (\*)

## 1992

9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna.
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna. (\*)

## 1993

14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna. (\*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna. (\*)
17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna. (\*)

## 1994

18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria e sociale regionale. Sono anche scaricabili dal sito [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/archivio\\_dossier\\_1.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna. (\*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna. (\*)
23. 5ª Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna.

#### 1995

24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna. (\*)

#### 1996

26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna. (\*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna. (\*)

#### 1997

29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna. (\*)

#### 1998

35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna. (\*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna. (\*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna. (\*)
39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna. (\*)

#### 1999

40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna. (\*)

#### 2000

41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.

**2001**

47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna. (\*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna. (\*)

**2002**

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna. (\*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna. (\*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna. (\*)
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna. (\*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna. (\*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna. (\*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
72. Linee guida per la chemioprolassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna. (\*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna. (\*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna.

**2003**

76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)

78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna. (\*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna. (\*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna. (\*)
82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna. (\*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna. (\*)
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna. (\*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna. (\*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna. (\*)

## 2004

89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna. (\*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna. (\*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna. (\*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna. (\*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna. (\*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna. (\*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (\*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna.
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna. (\*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna. (\*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna. (\*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna. (\*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna.
104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)

## 2005

105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna.
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna. (\*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna.
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna.



- 110. Domanda di care domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna.
- 111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna.
- 112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna. (\*)
- 113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (\*)
- 114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna. (\*)
- 115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna. (\*)
- 116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)

## 2006

- 117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna. (\*)
- 118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna. (\*)
- 119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna. (\*)
- 120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna.
- 121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna. (\*)
- 122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna. (\*)
- 123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna.
- 124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna. (\*)
- 125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna. (\*)
- 126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna. (\*)
- 127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna. (\*)
- 128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna. (\*)
- 129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna. (\*)
- 130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna.
- 131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna. (\*)
- 132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna. (\*)
- 134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna. (\*)
- 135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna. (\*)
- 136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna. (\*)
- 137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna. (\*)
- 138. Sana o salva? Adesione e non adesione ai programmi di screening femminili in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 139. La cooperazione internazionale negli Enti locali e nelle Aziende sanitarie. Premio Alessandro Martignani - IV edizione. Catalogo. Bologna.
- 140. Sistema regionale dell'Emilia-Romagna per la sorveglianza dell'antibioticoresistenza. 2003-2005. Bologna. (\*)

## 2007

- 141. Accreditamento e governo clinico. Esperienze a confronto. Atti del convegno Reggio Emilia, 15 febbraio 2006. Bologna. (\*)
- 142. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2005. Bologna. (\*)

143. Progetto LaSER. Lotta alla sepsi in Emilia-Romagna. Razionale, obiettivi, metodi e strumenti. Bologna. (\*)
144. La ricerca nelle Aziende del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Risultati del primo censimento. Bologna. (\*)
145. Disuguaglianze in cifre. Potenzialità delle banche dati sanitarie. Bologna. (\*)
146. Gestione del rischio in Emilia-Romagna 1999-2007. Sussidi per la gestione del rischio 8. Bologna. (\*)
147. Accesso per priorità in chirurgia ortopedica. Elaborazione e validazione di uno strumento. Bologna. (\*)
148. I Bilanci di missione 2005 delle Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
149. E-learning in sanità. Bologna. (\*)
150. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2002-2006. Bologna. (\*)
151. "Devo aspettare qui?" Studio etnografico delle traiettorie di accesso ai servizi sanitari a Bologna. Bologna. (\*)
152. L'abbandono nei Corsi di laurea in infermieristica in Emilia-Romagna: una non scelta? Bologna. (\*)
153. Faringotonsillite in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (\*)
154. Otite media acuta in età pediatrica. Linea guida regionale. Bologna. (\*)
155. La formazione e la comunicazione nell'assistenza allo stroke. Bologna. (\*)
156. Atlante della mortalità in Emilia-Romagna 1998-2004. Bologna. (\*)
157. FDG-PET in oncologia. Criteri per un uso appropriato. Bologna. (\*)
158. Mediare i conflitti in sanità. L'approccio dell'Emilia-Romagna. Sussidi per la gestione del rischio 9. Bologna. (\*)
159. L'audit per il controllo degli operatori del settore alimentare. Indicazioni per l'uso in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
160. Politiche e piani d'azione per la salute mentale dell'infanzia e dell'adolescenza. Bologna. (\*)

## 2008

161. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2006. Bologna. (\*)
162. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura e indicazioni d'uso appropriato. Bologna. (\*)
163. Le Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Una lettura di sintesi dei Bilanci di missione 2005 e 2006. Bologna. (\*)
164. La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie. Bologna. (\*)
165. L'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Studio pilota sull'impatto del processo di accreditamento presso l'Azienda USL di Ferrara. Bologna. (\*)
166. Assistenza all'ictus. Modelli organizzativi regionali. Bologna. (\*)
167. La chirurgia robotica: il robot da Vinci. ORientamenti 1. Bologna. (\*)
168. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (\*)
169. Le opinioni dei professionisti della sanità sulla formazione continua. Bologna. (\*)
170. Per un Osservatorio nazionale sulla qualità dell'Educazione continua in medicina. Bologna. (\*)
171. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2007. Bologna. (\*)

## 2009

172. La produzione di raccomandazioni cliniche con il metodo GRADE. L'esperienza sui farmaci oncologici. Bologna. (\*)
173. Sorveglianza dell'antibioticoresistenza e uso di antibiotici sistemici in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (\*)
174. I tutor per la formazione nel Servizio sanitario regionale dell'Emilia-Romagna. Rapporto preliminare. Bologna. (\*)
175. Percorso nascita e qualità percepita. Analisi bibliografica. Bologna. (\*)
176. Utilizzo di farmaci antibatterici e antimicotici in ambito ospedaliero in Emilia-Romagna. Rapporto 2007. Bologna. (\*)
177. Ricerca e innovazione tecnologica in sanità. Opportunità e problemi delle forme di collaborazione tra Aziende sanitarie e imprenditoria biomedicale. Bologna. (\*)

- 178.** Profili di assistenza degli ospiti delle strutture residenziali per anziani. La sperimentazione del Sistema RUG III in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 179.** Profili di assistenza e costi del diabete in Emilia-Romagna. Analisi empirica attraverso dati amministrativi (2005 - 2007). Bologna. (\*)
- 180.** La sperimentazione dell'audit civico in Emilia-Romagna: riflessioni e prospettive. Bologna. (\*)
- 181.** Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2008. Bologna. (\*)
- 182.** La ricerca come attività istituzionale del Servizio sanitario regionale. Principi generali e indirizzi operativi per le Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 183.** I Comitati etici locali in Emilia-Romagna. Bologna. (\*)
- 184.** Il Programma di ricerca Regione-Università. 2007-2009. Bologna. (\*)
- 185.** Il Programma Ricerca e innovazione (PRI E-R) dell'Emilia-Romagna. Report delle attività 2005-2008. Bologna. (\*)
- 186.** Le medicine non convenzionali e il Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna. Un approccio sperimentale. Bologna. (\*)
- 187.** Studi per l'integrazione delle medicine non convenzionali. 2006-2008. Bologna. (\*)

## **2010**

- 188.** Misure di prevenzione e controllo di infezioni e lesioni da pressione. Risultati di un progetto di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna. (\*)
- 189.** "Cure pulite sono cure più sicure" - Rapporto finale della campagna nazionale OMS. Bologna. (\*)
- 190.** Infezioni delle vie urinarie nell'adulto. Linea guida regionale. Bologna. (\*)
- 191.** I contratti di servizio tra Enti locali e ASP in Emilia-Romagna. Linee guida per il governo dei rapporti di committenza. Bologna. (\*)
- 192.** La *governance* delle politiche per la salute e il benessere sociale in Emilia-Romagna. Opportunità per lo sviluppo e il miglioramento. Bologna. (\*)

