



Il volume è stato realizzato nell'ambito del Progetto Governance – Progetto  
Tematico Regione Puglia  
*Responsabile del Progetto*  
Elvira Lupo

# INDICE

<b>Premessa</b>	5
<b>Introduzione di Elvira Lupo</b>	7
<b>Parte I – Nota metodologica</b>	11
1. Il progetto tematico Regione Puglia di <i>Elvira Lupo e Rosa Valerio</i>	13
<b>Parte II – Politiche sociali e integrazione sociosanitaria in Puglia</b>	23
1. La programmazione locale di <i>Piero D'Argento</i>	25
2. L'integrazione sociosanitaria nei Piani di Zona di <i>Michele Corriero</i>	31
<b>Parte III – I laboratori provinciali per l'integrazione sociosanitaria</b>	39
1. L'organizzazione dei laboratori di <i>Fulvia Gravame</i>	41
2. Laboratorio I – La programmazione sociosanitaria: modelli e buone prassi di <i>Natale Pepe</i>	51
3. Laboratorio II – Modelli organizzativi del welfare d'accesso (PUA e UVM) di <i>Filomena Paola Angarone</i>	63
4. Laboratorio III – L'organizzazione del welfare d'accesso: strumenti e procedure di <i>Carmine Spagnuolo</i>	77
<b>Parte IV – Il sistema dell'integrazione sociosanitaria in Italia</b>	89
1. Riforma sanitaria, Legge Quadro 328/00, modelli regionali: sviluppi normativi e organizzativi di <i>Emanuele Ranci Ortigosa e Diletta Cicoletti</i>	91
<b>Appendice</b>	107
<b>Bibliografia</b>	135



## **Premessa**

*Nel quadro della riforma della Pubblica Amministrazione, il Dipartimento della Funzione Pubblica, in collaborazione con il Formez, ha promosso e finanziato il progetto Governance: "Implementazione dei sistemi di programmazione e controllo presso le amministrazioni centrali, provinciali e comunali".*

*Il progetto Governance si propone di accompagnare il processo di ammodernamento delle Pubbliche Amministrazioni alla luce del nuovo quadro costituzionale e dei mutamenti in atto nel contesto socio-economico. Tra gli obiettivi prioritari del progetto sono sicuramente da annoverare l'individuazione di metodologie, modelli e sistemi che rendono possibile il funzionamento delle diverse componenti dell'amministrazione pubblica in un'ottica di governance interna, esterna e di cooperazione interistituzionale.*

*Il progetto si articola in 33 linee di intervento rivolte ai diversi livelli di governo (amministrazioni centrali, regionali, provinciali e comunali) ciascuna delle quali è stata progettata congiuntamente alle amministrazioni beneficiarie in base alle specifiche esigenze manifestate. Le linee di intervento affrontano, da angolazioni diverse, le tematiche della governance in una logica di assistenza ed affiancamento sul campo. Le azioni riguardano:*

- la condivisione di nuovi modelli e strumenti di programmazione, bilancio, controllo e metodologie di implementazione;*
- la cooperazione tra le istituzioni ai diversi livelli, per assicurare la congruenza delle politiche e dei programmi di intervento;*
- l'accrescimento delle professionalità e delle competenze interne della Pubblica Amministrazione, la diffusione della cultura del risultato e la responsabilizzazione degli amministratori e dei dirigenti.*

*Una delle linee di intervento del progetto governance è il Progetto Tematico Regione Puglia che si propone di supportare l'amministrazione regionale ed il sistema delle autonomie locali nella programmazione di politiche innovative nel campo dell'integrazione sociosanitaria e delle politiche di contrasto alle nuove povertà.*

*Il volume si articola in quattro parti:*

- 1. la prima è dedicata all'approccio metodologico adottato e descrive l'organizzazione dei gruppi di lavoro attivati sul territorio, il funzionamento della comunità on-line a supporto dei laboratori provinciali e la scelta delle buone prassi;*
- 2. la seconda esamina lo scenario normativo sul welfare nella Regione Puglia con particolare riferimento alla programmazione regionale e locale ed all'integrazione sociosanitaria nei Piani Sociali di Zona. Il lavoro presenta i risultati della ricognizione condotta sui Piani di Zona pugliesi per conoscere lo stato dell'arte dell'integrazione sociosanitaria sul territorio e poter trarre un primo bilancio sui servizi erogati e/o in fase di avvio nel breve periodo;*
- 3. la terza descrive i risultati delle attività svolte nei laboratori provinciali che hanno permesso di individuare modelli e soluzioni operative utili anche*

- per altre amministrazioni; il capitolo dedica particolare attenzione agli strumenti innovativi individuati in ciascun laboratorio che ha raccolto e valorizzato le esperienze delle amministrazioni partecipanti;*
- 4. la quarta è dedicata, infine, all'analisi del sistema dell'integrazione sociosanitaria in Italia a partire dalla prima riforma sanitaria al Piano Sanitario Nazionale 2006-2008. In particolare, il capitolo descrive i principi e gli strumenti per l'integrazione sociosanitaria dando ampio spazio alle criticità ed alle proposte future.*

*Il volume nasce dall'attenta lettura di quanto emerso sul territorio pugliese a partire dalle esperienze realizzate; le soluzioni proposte sono frutto di un lavoro di mediazione tra le diverse componenti intervenute ai gruppi di lavoro. È, infatti, un risultato di notevole valore aver evidenziato la volontà comune di ricercare strumenti innovativi e soluzioni concrete per favorire l'integrazione sociosanitaria nella Regione Puglia.*

*Un ringraziamento particolare va a tutto lo staff del progetto ed ai referenti delle amministrazioni partecipanti che, con la loro competenza e professionalità, hanno permesso la realizzazione del lavoro offrendo chiavi di lettura e suggerimenti operativi per la programmazione regionale.*

## Introduzione

di *Elvira Lupo*

Nell'ambito del progetto tematico Regione Puglia, che il Formez coordina su mandato del Dipartimento della Funzione Pubblica, una delle linee di attività è dedicata alla "Governance interistituzionale per la programmazione sociosanitaria in Puglia". Gli obiettivi prioritari consistono nell'attivazione di una governance dei servizi sociali diretta all'integrazione sociosanitaria, alla valorizzazione delle competenze delle risorse umane ed al miglioramento dei sistemi procedurali relativi agli strumenti di programmazione sociale e sanitaria. Da uno studio effettuato<sup>1</sup> sui significati di governance è emerso che, considerando l'ambito operativo e culturale in cui operano le amministrazioni pubbliche, le principali caratteristiche della governance sono:

1. la partecipazione: le amministrazioni devono aprirsi, sia nel momento decisionale che in quello operativo, alla collettività;
2. la negoziazione: le amministrazioni devono concordare scopi e mezzi dell'intervento pubblico con gli *stakeholders* locali;
3. il coordinamento: nel loro operato, al fine di ottimizzare i risultati, le diverse amministrazioni coinvolte in un progetto, devono collaborare per il raggiungimento degli obiettivi, travalicando i limiti di una gestione gerarchica e adottando nuovi modelli ed approcci che consentano una più rapida ed efficace soluzione dei problemi;
4. la responsabilità: le amministrazioni devono definire con maggiore chiarezza i ruoli all'interno dei processi legislativi ed esecutivi, in modo che sia sempre possibile individuare il soggetto da cui dipende la decisione e/o l'azione;
5. la trasparenza: le amministrazioni devono essere "permeabili", conoscibili ai cittadini;
6. la coerenza: le politiche e gli interventi della Pubblica Amministrazione devono essere coerenti, ovvero non in contraddizione tra di loro, e di facile comprensione;
7. l'efficacia e l'efficienza: le Pubbliche Amministrazioni devono adottare criteri e strumenti che consentano di dare conto del loro operato, sia sotto il profilo del raggiungimento dei risultati, sia sotto il profilo dell'uso corretto del denaro pubblico.

La governance, dunque, all'interno della Pubblica Amministrazione, costituisce un nuovo modello di amministrazione, alternativo a quello politico-burocratico (basato sulla centralità dell'autorità pubblica statale) che esprime l'esigenza di allargare il consenso sociale, attraverso l'introduzione di meccanismi che rendano effettiva la partecipazione dei cittadini all'azione pubblica.

---

<sup>1</sup> Studio sui significati di *governance* a cura di Formstat e dello Staff Linea Osservatorio Progetto *Governance*.

In questi ultimi anni la Pubblica Amministrazione ha vissuto un'evoluzione sempre più spinta verso il decentramento e, di conseguenza, verso una crescente autonomia legislativa e gestionale delle Regioni e degli Enti Locali.

Le modifiche al Titolo V della Costituzione hanno modificato il sistema delle responsabilità per quanto concerne l'assistenza sociale, sensibilizzando fortemente sia il livello regionale che quello locale. In tale ottica, la Legge 328/2000 (*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*) ha individuato nel Piano di Zona lo strumento di collegamento istituzionale e di forte integrazione tra soggetti pubblici e privati e tra servizi sociali e sanitari.

La riforma del sistema dei servizi sociali si inserisce all'interno di un processo di maggiore democrazia della società civile che viene coinvolta nella fase di lettura del bisogno sociale e di elaborazione di soluzioni qualificate per soddisfarlo. Il termine governance appare quindi il più appropriato per rappresentare un processo che vede coinvolti una pluralità di soggetti, sia pubblici che privati.

In particolare, l'articolo 19 della Legge 328/2000 richiama la necessità di coerenza tra la programmazione sociale e sanitaria all'interno dei Piani Sociali di Zona, ed individua la costruzione di "sistemi locali di intervento" fondati su servizi e prestazioni complementari e flessibili. L'art. 19 sottolinea l'importanza di individuare le modalità di collaborazione dei servizi territoriali con i soggetti che operano nell'ambito della solidarietà sociale a livello locale e con altre risorse della comunità non trascurando le forme di concertazione con l'azienda sanitaria locale.

Alla luce di quanto detto appare evidente che l'integrazione tra servizi sanitari e servizi socio-assistenziali è uno dei temi essenziali di ogni politica sociale. L'integrazione sociosanitaria definita dal Decreto Legislativo 229/99 (*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*) riguarda, infatti, "tutte le attività atte a soddisfare, mediante un complesso processo assistenziale, bisogni di salute della persona che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Sul piano nazionale il Decreto Legislativo n. 229/1999, la Legge n.328/2000, gli atti di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie e di livelli essenziali di assistenza sanitaria costituiscono un utile e propositivo quadro di azione per la realizzazione di un efficace ed efficiente sistema integrato dei servizi sociali e sanitari.

Ma se i principi, gli obiettivi ed il metodo di lavoro sono largamente condivisi sia sul piano culturale che su quello dell'attuazione della legge di riforma, si avverte la fatica della Pubblica Amministrazione ad accettare la scelta prioritaria dell'integrazione tra servizi sociali e sanitari.

In tale ottica, la Regione Puglia in qualità di ente di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo delle attività socio-assistenziali e sanitarie, ha individuato nell'integrazione sociosanitaria una priorità strategica della nuova programmazione regionale che mira a superare prassi settoriali e ad integrare competenze e servizi diversi.

Ciò significa riorientare i flussi delle decisioni, mettendo gli enti locali nella condizione di essere parte attiva nelle scelte di attuazione e di valutazione degli interventi che coinvolgono i servizi socio-assistenziali.

Al fine di realizzare l'integrazione sociosanitaria sul territorio la Regione Puglia ha emanato una serie di provvedimenti, e cioè:

1. il Piano Sanitario 2003-2005 ed il Piano Regionale delle Politiche Sociali 2004-2006, nettamente ispirati alla logica dell'integrazione di tutti i servizi ed interventi alla persona: assistenziale, sanitario, formativo, occupazionale;
2. la Legge Regionale n. 19 del 10/7/2006 – (*Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia*);
3. la Legge Regionale n. 25 del 3/8/2006 (*Principi e organizzazione del servizio sanitario regionale*);
4. il Piano di azione "Diritti in rete" per l'integrazione sociale dei disabili (Deliberazione Giunta Regionale n. 1289 del 31/8/2006).

Il progetto si inserisce in questo quadro d'azione e propone di gettare le basi per una nuova *governance* delle politiche sociali nella Regione Puglia; lo scopo è accompagnare l'amministrazione regionale nella definizione di nuovi documenti programmatori multiobiettivo, fondati sull'integrazione tra politiche settoriali e sull'integrazione di diverse fonti di finanziamento.

La definizione di linee attuative realmente condivise capaci di attivare visibili processi di cambiamento sul territorio è un obiettivo prioritario per accompagnare i nuovi processi di *governance* rilanciati dalla stessa Regione.

Ma è soprattutto sul cambiamento della cultura che si gioca la sfida del nuovo sistema integrato di servizi ed interventi alla persona basato sulla responsabilità, sulla sussidiarietà verticale ed orizzontale, sui ruoli di programmazione e di coordinamento dell'ente locale, sulla partecipazione della società civile.



**PARTE I**  
**Nota metodologica**



## **1. Il progetto tematico Regione Puglia**

*di Elvira Lupo e Rosa Valerio*

Il progetto tematico Regione Puglia, iniziato a gennaio 2006, si è proposto di supportare l'Amministrazione Regionale nell'attivazione di una nuova *governance* dei servizi sociali, orientata ad attivare percorsi innovativi di programmazione delle politiche sociali nel campo dell'integrazione sociosanitaria e del contrasto alla povertà.

Il concetto di *governance* è considerato un principio trasversale di ogni azione di welfare in grado di supportare la presa di decisioni e ottimizzare l'impiego delle risorse. Praticare la *governance* significa, infatti, condividere un percorso comune che si costruisce attraverso la capacità di cooperazione tra soggetti diversi ed orientato al miglioramento dell'erogazione dei servizi.

Il progetto nasce per far fronte ai fabbisogni espressi dall'amministrazione regionale di implementare percorsi di innovazione organizzativa e di progettazione partecipata per la rete dei servizi sociosanitari, anche e soprattutto, alla luce degli indirizzi di programmazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali (2004-2006), a sostegno della nuova programmazione sanitaria ed alla luce delle priorità strategiche della nuova programmazione europea 2007/2013.

L'impostazione metodologica del progetto ha privilegiato un approccio di tipo *bottom-up* (dal basso verso l'alto) attraverso il coinvolgimento e la fattiva collaborazione dei referenti delle amministrazioni coinvolte; ciò ha permesso di pervenire alla soluzione dei problemi e di individuare strumenti ed azioni per sostenere l'amministrazione regionale nella delicata fase di programmazione in materia di integrazione sociosanitaria.

Il progetto ha rappresentato una importante occasione per progettare iniziative di sviluppo sull'integrazione sociosanitaria ed ha previsto percorsi sperimentali mediante l'attivazione di laboratori provinciali finalizzati ad individuare modelli innovativi di organizzazione dei servizi del welfare.

In tale ottica, l'integrazione assume un ruolo rilevante; il modo migliore per capirla è sperimentarla concretamente, cooperare, condividere, collaborare, coordinarsi con gli altri e calarsi in una dimensione di esperienza partendo da dati reali per progettare risposte integrate ai bisogni socio-sanitari degli utenti.

L'obiettivo è favorire un continuo processo di scambio e circolazione delle informazioni sulle metodologie, gli strumenti, ma anche sulle esperienze e sui risultati raggiunti attraverso l'attività dei laboratori.

In sintesi, il progetto si è proposto di:

1. sperimentare modelli innovativi di organizzazione e di intervento;
2. favorire lo sviluppo di reti tra gli attori locali;
3. trasferire metodologie di co-progettazione e programmazione integrata;
4. supportare le scelte della programmazione regionale;
5. promuovere e sperimentare buone pratiche sull'integrazione sociosanitaria.

I principali risultati attesi dall'attività sono stati:

1. l'analisi delle modalità di attuazione dei processi alla luce delle esperienze condotte sul tema;
2. l'elaborazione di strumenti e modelli sull'integrazione sociosanitaria utilizzabili nelle diverse realtà del territorio pugliese;
3. la definizione di procedure e metodologie di gestione comuni;
4. la definizione di nuove procedure da implementare.

Le azioni principali hanno riguardato:

1. un'attività di ricognizione sullo stato di attuazione del welfare di accesso nei 44 Piani di Zona presentati dai comuni pugliesi;
2. la divulgazione dei risultati della ricerca durante i seminari regionali (Taranto) e provinciali (Bari e Foggia), al termine dei quali sono state raccolte le manifestazioni di interesse (referenti delle AA.SS.LL., Enti Locali e Piani di Zona) per la costituzione dei gruppi di lavoro;
3. l'attivazione dei laboratori provinciali per l'integrazione sociosanitaria;
4. l'individuazione di *best practice* in contesti che abbiano già avviato percorsi innovativi di integrazione;
5. l'organizzazione di seminari provinciali con gli attori che hanno sperimentato le buone pratiche in altri contesti territoriali;
6. l'elaborazione di strumenti e modelli sull'integrazione sociosanitaria come *output* dell'attività dei laboratori provinciali.

### 1.1 I gruppi di lavoro

Al fine di realizzare un'adeguata e coerente integrazione sociosanitaria nella Regione Puglia rispondente ai bisogni del territorio sono stati costituiti gruppi di lavoro ed organizzati laboratori provinciali per ripensare il sistema di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie.

Sono stati identificati sul territorio i soggetti interessati al percorso di lavoro e, successivamente, è stata costruita una mappa dei referenti istituzionali dell'area sociale e sanitaria impegnati nel percorso progettuale.

Il modello utilizzato ha avuto come assi portanti:

1. il gruppo come luogo e strumento di apprendimento;
2. il compito come regolatore delle responsabilità dei referenti coinvolti;
3. l'attenzione ai processi ed alle relazioni che intervengono nel percorso;
4. i prodotti finali.

Il gruppo, inteso come uno strumento di apprendimento, ha rappresentato nell'ambito del progetto uno spazio privilegiato di elaborazione cognitiva e di confronto per condividere e razionalizzare esperienze ed acquisire conoscenze. In tale ottica, i gruppi di lavoro diventano un punto forza nella costruzione strategica di un processo continuo che porta a sperimentare possibili percorsi finalizzati all'analisi ed alla diffusione di soluzioni innovative sul territorio pugliese.

Lavorare in gruppo ha offerto la possibilità di facilitare lo scambio di risorse professionali, approfondire la conoscenza di sé e stimolare la voglia di mettersi in gioco. Le esperienze professionali dei referenti delle amministrazioni coinvolte sono state fondamentali per l'elaborazione degli *output* finali dei laboratori e gli incontri hanno proposto momenti di costruzione di significati rispetto al proprio agire professionale.

Non basta però mettere insieme delle persone perché esse formino un gruppo e collaborino; è importante promuovere la conoscenza delle persone che lo costituiscono, ma anche condividere obiettivi e strumenti di lavoro. L'esperienza di apprendimento nel gruppo si è realizzata mettendo in gioco valori, giudizi e modelli di pensiero.

Lo strumento gruppo ha consentito di sperimentare direttamente alcuni processi promuovendo la valorizzazione dei contributi individuali; ha, inoltre, creato uno spazio di confronto a più voci e permesso di modificare e/o confrontare le strategie lavorative individuate da ciascun partecipante.

In sintesi, con il prezioso contributo dei partecipanti ai gruppi di lavoro non sono mancate preziose occasioni per effettuare la ricerca ragionata di strategie, nonché per individuare problemi e soluzioni in un'ottica basata sull'"apprendere per cambiare". È opportuno sottolineare che nei laboratori non sono emerse soluzioni preconfezionate ma il lavoro che ne è scaturito è il risultato di un continuo processo di socializzazione e di graduale sistematizzazione delle esperienze e delle conoscenze emerse nelle diverse fasi di lavoro che si sono susseguite.

I lavori di ciascun gruppo sono stati coordinati da consulenti esperti designati dal responsabile del progetto per supportare le varie fasi dei laboratori ed incentivare un orientamento alla progettualità; gli esperti hanno progettato il percorso da seguire, sia dal punto di vista metodologico che tecnico-operativo, con l'obiettivo di favorire la condivisione di obiettivi, strumenti e modelli.

La creazione di laboratori, costituiti dagli stessi attori che operano sul territorio, ha offerto interessanti stimoli di riflessione agli addetti ai lavori; la scelta di adottare un approccio collaborativo nasce dalla necessità di far emergere i diversi punti di vista rappresentati dai referenti delle amministrazioni coinvolte nei gruppi di lavoro.

Tra gli obiettivi prioritari dei laboratori, che adottano una modalità partecipata per la progettazione e la costruzione del sistema di organizzazione e di erogazione delle prestazioni sociosanitarie, sono sicuramente da annoverare:

1. la realizzazione di modalità organizzative e gestionali di integrazione tra il sistema dei servizi sanitari e il sistema dei servizi sociali;
2. il consolidamento delle iniziative in atto e l'integrazione degli aspetti innovativi realizzati e da realizzare;
3. la valorizzazione delle esperienze specifiche di integrazione sociosanitaria presenti sul territorio pugliese.

Per il perseguimento degli obiettivi su esposti sono stati organizzati, nell'ambito della linea A del progetto, tre laboratori provinciali (Bari, Salento, Foggia) su distinti aspetti dell'integrazione sociosanitaria.

## **Laboratorio I**

### ***La programmazione sociosanitaria: modelli e buone prassi***

(Gruppo di lavoro – Provincia di Bari)

Il primo laboratorio, attivato in provincia di Bari, ha focalizzato l'attenzione sui modelli e sulle buone prassi della programmazione sociosanitaria sperimentate in altri contesti.

Si può identificare come buona prassi ogni aspetto progettuale che ha contribuito a risolvere uno o più problemi. L'attività espletata ha previsto la scomposizione e l'analisi dettagliata delle metodologie, degli strumenti, dei modelli organizzativi, delle procedure oltre all'analisi delle condizioni del contesto locale, delle risorse strutturali e delle competenze.

Il focus del laboratorio riguarda la programmazione finanziaria delle Aziende Sanitarie Locali e dei Comuni. Il gruppo di lavoro è costituito sia da referenti degli Uffici del Piano di Zona che da referenti dei Comuni e delle Aziende Sanitarie Locali per l'integrazione sociosanitaria della provincia di Bari.

## **Laboratorio II**

### ***Modelli organizzativi del welfare di accesso: PUA e UVM***

(Gruppo di lavoro – Province di Taranto, Brindisi e Lecce)

Il secondo laboratorio, attivato nel Salento, sui "Modelli organizzativi del welfare d'accesso: PUA e UVM" ha previsto la costituzione di gruppi di lavoro dislocati sul territorio regionale presso le province di Taranto, Lecce e Brindisi. Durante i primi incontri è stato necessario effettuare una ricostruzione del sistema organizzativo del welfare d'accesso regionale alla luce della cornice normativa e dei principali strumenti di programmazione regionale (Piano Sanitario Regionale, Piano Regionale per le Politiche Sociali, Linee guida).

Il gruppo ha analizzato una pluralità di modelli organizzativi illustrandone vantaggi e svantaggi in modo da restituire in sede di programmazione regionale *output* condivisi e strumenti organizzativi utilizzabili dalle diverse realtà locali.

Tra gli obiettivi del laboratorio sono sicuramente da annoverare:

1. la condivisione di protocolli e strumenti operativi utilizzati negli ambiti territoriali di appartenenza dei membri del gruppo;
2. la socializzazione delle esperienze maturate dai partecipanti ai gruppi di lavoro in materia di welfare d'accesso;
3. l'elaborazione di modelli organizzativi innovativi di accesso o l'utilizzo di quelli già esistenti;
4. l'analisi dei modelli di accesso utilizzati con successo nelle altre regioni;
5. il confronto e la discussione sulla definizione del profilo professionale degli operatori della PUA;
6. la sperimentazione di proposte progettuali innovative aderenti alle dinamiche territoriali;
7. la standardizzazione di procedure e strumenti utilizzabili dagli altri attori del territorio.

### **Laboratorio III**

#### ***L'organizzazione del welfare d'accesso: strumenti e procedure***

(Gruppo di lavoro – Provincia di Foggia)

Il terzo laboratorio è stato attivato in Provincia di Foggia e il focus concerne “L'organizzazione del welfare d'accesso: strumenti e procedure”. Il gruppo di lavoro ha effettuato una puntuale disamina dei punti di forza e di debolezza delle esperienze di programmazione sociosanitaria integrata realizzate nell'ambito dei Piani di Zona.

L'obiettivo è pervenire all'identificazione di strumenti e procedure che promuovano una crescita equilibrata sul territorio rafforzando azioni finalizzate alla predisposizione di proposte progettuali che riconoscano una funzione primaria alla costruzione di un sistema di rete locale.

In sintesi, è possibile affermare che i laboratori, nati dall'esigenza di poter disporre di uno strumento che consentisse una lettura più attenta dei bisogni del territorio, hanno avuto il merito di aver raccolto ed incrociato informazioni di diversa natura.

Spesso, infatti, la frammentarietà del sistema informativo rende più difficile le attività di programmazione e coordinamento da parte dell'ente regionale. In tale ottica, il laboratorio è stato inteso come luogo preposto alla formulazione di proposte e regole comuni includendo nel processo il più ampio spettro di interessi e punti di vista.

Gli elementi della conoscenza hanno assunto quindi il valore di risorsa strategica; in tal senso i laboratori, attraverso un'attività guidata di gruppo alla quale hanno partecipato gli attori locali, hanno permesso di realizzare un percorso che ha consentito ai referenti delle amministrazioni coinvolte di esprimere il proprio contributo in base alle funzioni erogate realmente sul territorio.

#### *1.2 La Community del progetto*

Nell'ambito del progetto tematico Regione Puglia è stata creata una *community* dedicata ai gruppi di lavoro impegnati nei laboratori provinciali; l'obiettivo è rafforzare, mediante i processi di apprendimento in rete, sinergie tra gli attori delle amministrazioni coinvolte. Le comunità virtuali, infatti, rappresentano un fattore di successo per il miglioramento dell'attività della Pubblica Amministrazione in quanto garantiscono e rendono capillare il trasferimento di conoscenze facilitando, al contempo, l'interazione, lo scambio di esperienze e l'apprendimento cooperativo.

Le comunità *on-line* si caratterizzano per una doppia dimensione: partecipativa ed informativa. La dimensione partecipativa è rivolta a sottolineare il potenziale comunicativo e di interazione della rete come luogo di incontro tra persone, mentre la dimensione informativa di una comunità riflette l'importanza che un determinato gruppo di persone assegna all'accesso ad una base di conoscenza comune.

In tale ottica, la comunità *on-line* dedicata al progetto rappresenta un elemento di raccordo e di condivisione delle attività realizzate nell'ambito dei laboratori

sull'integrazione sociosanitaria avviati sul territorio pugliese. In particolare, la comunità professionale, mediante l'utilizzo delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, nasce con l'obiettivo di favorire l'apprendimento in rete e la capitalizzazione delle esperienze.

Tra gli obiettivi della *community* sono sicuramente da annoverare:

1. la creazione di una forte comunicazione tra tutti gli attori coinvolti;
2. la creazione di sinergie tra i gruppi di lavoro che, grazie all'interscambio di dati ed informazioni, possono instaurare collaborazioni operative a distanza;
3. l'aumento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi di costruzione degli strumenti e dei modelli avviati sul campo;
4. la valorizzazione di vissuti esperenziali diversi attraverso la comunicazione in rete;
5. la condivisione di modelli e strumenti operativi e l'accesso ad una base di dati comune;
6. la creazione di processi di apprendimento e la crescita professionale dei referenti coinvolti mediante il confronto e la discussione sui temi inerenti le attività professionali svolte;
7. il potenziamento e la creazione di nuovi *network* relazionali in grado di attivare circuiti virtuosi tra i partecipanti dei laboratori;
8. la condivisione di progetti ed esperienze che segnano in maniera profonda la sensibilità dei partecipanti;
9. la creazione di una rete relazionale di collaborazione a distanza tra amministrazioni dislocate in diverse aree del territorio regionale.

L'ambiente *web* dedicato al progetto è strutturato in diverse sezioni, e cioè;

1. *news*

La sezione è dedicata alla pubblicazione delle ultime notizie ed è curata dallo staff di progetto e dal *community manager* (tutor);

2. *assistenza tecnica*

La sezione prevede uno spazio di comunicazione dedicato ad accogliere richieste di assistenza sul funzionamento della piattaforma;

3. *forum generale*

È un'area di discussione pubblica dedicata a tutti gli iscritti dell'area *governance* Puglia a prescindere dal laboratorio di appartenenza;

4. *area di lavoro laboratori*

Il forum è destinato ad accogliere le interazioni dei partecipanti, organizzati in tre Gruppi di lavoro (Bari, Foggia e Salento).

I coordinatori dei laboratori hanno svolto un ruolo fondamentale nella *community* avviando un processo di responsabilizzazione, sia individuale che di gruppo, rispetto ai risultati. In particolare, le azioni prioritarie sono state orientate a:

1. incoraggiare l'interazione tra i partecipanti e favorire atteggiamenti collaborativi offrendo spunti, idee e risorse;
2. incoraggiare la riflessione costruttiva proponendo iniziative basate sulle idee emerse nella discussione;
3. porre quesiti fornendo spiegazioni ed esempi;
4. sistematizzare le informazioni ed i contributi prodotti sia sul campo che *on-line*.

La *community* del progetto ha rappresentato uno strumento efficace per valorizzare i saperi maturati dai gruppi di lavoro che, grazie allo scambio di informazioni in rete, hanno rafforzato il sistema di relazioni e sviluppato, con modalità collaborative, soluzioni e conoscenze.

Nella *community* i gruppi di lavoro hanno lavorato insieme per accrescere reciprocamente il proprio livello di conoscenze stimolati dall'obiettivo di scambiarsi informazioni per elaborare i prodotti attesi. I partecipanti ai gruppi hanno rappresentato le risorse fondamentali dell'apprendimento collaborativo stabilendo ritmi di lavoro e sviluppando relazioni costruttive.

### *1.3 Lo scambio di buone prassi*

Nell'ambito del progetto tematico Regione Puglia l'approccio metodologico utilizzato ha dedicato una grande importanza alla raccolta delle buone prassi nelle altre Regioni che, per similarità territoriale, hanno realizzato esperienze di successo sull'integrazione sociosanitaria nel rispetto all'attuazione della normativa nazionale.

L'obiettivo sotteso alla scelta metodologica è da ricercare nel valore aggiunto che il territorio pugliese potrebbe avere promuovendo il trasferimento di esperienze particolarmente significative ed innovative sull'integrazione sociosanitaria già sperimentate in altri contesti.

L'integrazione tra il sistema dei servizi sociali ed il sistema dei servizi sanitari è un obiettivo strategico che richiede un'azione coordinata ed integrata; in tale ottica, evidenziando lo stato della progettualità di altri contesti territoriali e traendo spunto dal percorso avviato dalle altre amministrazioni, la Regione Puglia potrebbe utilizzare le esperienze di successo come punto di riferimento per stimolare la capacità delle amministrazioni locali di individuare problemi, soluzioni innovative facilitando lo scambio di idee, processi e metodi di lavoro.

Una prima mappatura è stata effettuata sulla tipologia del settore di intervento, sui servizi erogati e sui progetti avviati dalle realtà territoriali che hanno evidenziato un maggior dinamismo su aspetti specifici dell'integrazione sociosanitaria.

Per facilitare la scelta delle buone prassi sono state elaborate schede di sintesi attraverso le quali si è proceduto ad una preliminare raccolta e razionalizzazione delle informazioni disponibili, ritenute utili alla ricostruzione dello scenario di riferimento.

Al lavoro di tipo *desk* è però seguito un approfondimento dell'indagine, compiuto attraverso un'analisi di campo, realizzata tramite interviste rivolte ai

referenti selezionati per verificare lo stato di attuazione della PUA e dell'UVM, l'utilizzo degli strumenti, le criticità esistenti.

L'analisi effettuata ha individuato le buone prassi che gli enti regionali hanno sviluppato e stanno sviluppando al fine di disporre di un patrimonio condivisibile di *best practice* da diffondere alle amministrazioni del territorio pugliese nel rispetto della normativa in vigore.

Inoltre, è stato utilizzato un approccio integrato, cercando di capire se esistevano i margini per una sostenibilità organizzativa ovvero la capacità di integrare nell'amministrazione regionale l'innovazione realizzata in altri contesti.

La scelta delle esperienze di successo sull'integrazione sociosanitaria ha tenuto conto:

1. degli aspetti organizzativi, tecnici e di contesto che hanno favorito il successo dell'esperienza;
2. degli aspetti procedurali, di merito delle attività avviate;
3. delle criticità emerse;
4. dello studio dei fattori di successo nonché delle strategie adottate e delle azioni intraprese;
5. dell'analisi dei punti di forza e di debolezza della buona pratica;
6. dei vantaggi e dei miglioramenti apportati all'utenza;
7. della scelta degli strumenti utilizzati per promuovere l'integrazione sociosanitaria;
8. della valorizzazione di casi esemplari che hanno ottenuto riconoscimenti per poi riproporli nel territorio pugliese contestualizzandoli rispetto ai bisogni espressi;
9. della semplicità del metodo da applicare nel contesto regionale;
10. dell'efficacia in termini di risultati conseguiti;
11. della sostenibilità organizzativa e della coerenza con il contesto territoriale.

In tale ottica, i principali risultati attesi sono stati:

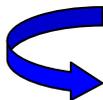
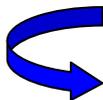
1. promozione di incontri con i referenti dei Piani Sociali di Zona di altre Regioni per analizzare procedure ed attivare confronti di esperienze;
2. partecipazione attiva degli operatori alla costruzione di percorsi condivisi che favoriscano la piena integrazione sociosanitaria;
3. acquisizione di maggiori conoscenze sulle tematiche che riguardano l'integrazione sociosanitaria;
4. individuazione di *best practice* e traduzione in soluzioni concrete per implementare il processo di integrazione sociosanitaria nella Regione Puglia;
5. creazione di soluzioni in grado di garantire scambi e relazioni tra diversi attori sociali;
6. scambio di materiale informativo, di consultazione ed approfondimento sul tema.

La scelta è ricaduta su Piani di Zona della Regione Campania (Sorrento, Portici, Lioni) che hanno ottenuto riconoscimenti per i servizi attivati e per

l'organizzazione sottesa tenendo conto dei fabbisogni di scambio espressi dalle amministrazioni destinatarie.

Al fine di avere un quadro d'insieme delle fasi principali che si sono susseguite durante il percorso di lavoro sul territorio pugliese viene di seguito presentato lo schema del flusso di attività, progettato d'intesa con l'amministrazione regionale e lo staff di progetto. Le azioni messe in campo sono, in parte, il risultato di attività programmate nel progetto esecutivo e, in parte, sono state adeguate alle esigenze strategiche dell'amministrazione regionale.

Si descrivono qui di seguito le fasi principali della linea di attività Integrazione sociosanitaria.

INPUT	DESCRIZIONE FASE	OUTPUT
	Analisi <i>desk</i> sui documenti esistenti (Accordi di Programma, Protocolli, PzS, etc.)	
	Predisposizione degli strumenti di rilevazione (scheda tecnica di rilevazione dati, scheda tutor territoriali)	
	Rilevazione ed elaborazioni dei dati	
	Creazione di un <i>report</i> di sintesi	
	Presentazione dei risultati della ricognizione sul territorio	
	Attivazione dei laboratori provinciali	
	Attivazione della <i>community</i> del progetto	
	Buone prassi sull'integrazione sociosanitaria	



**PARTE II**

**Politiche sociali e integrazione sociosanitaria  
in Puglia**



## **1. La programmazione locale**

*di Piero D'Argento*

### *1.1 Le linee guida per la stesura dei Piani di Zona*

L'attuazione della riforma del sistema regionale di welfare in Puglia si è avviata con l'approvazione della legge regionale 25 agosto 2003, n. 17<sup>2</sup> *Sistema integrato di interventi e servizi sociali in Puglia* e con il primo Piano Regionale delle Politiche Sociali, approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 1104 del 4 agosto 2004. Il Piano regionale ha fissato le priorità d'intervento in materia di servizi sociali nel primo triennio di attuazione e dettato ai Comuni le linee guida per la stesura dei Piani Sociali di Zona, con riferimento al triennio 2005/2007.

La legge regionale 17 del 2003 e il Piano regionale hanno disegnato una architettura complessiva della riforma che sostanzialmente ha confermato lo spirito ed i contenuti della legge quadro 328 del 2000: così anche in Puglia, a partire dal 2004, ha cominciato a svilupparsi il complesso processo di attuazione della riforma, non ancora del tutto concluso, come vedremo più avanti, che ha introdotto elementi di novità sostanziali sul piano istituzionale e organizzativo nella gestione dei servizi sociali da parte degli Enti locali.

Sinteticamente proviamo a riassumerne gli elementi essenziali: è stata introdotta la gestione associata dei servizi, su scala di ambito, in coincidenza con l'articolazione territoriale dei distretti, resa obbligatoria per gli ambiti composti da Comuni con popolazione uguale o inferiore a 10.000 abitanti (15 ambiti territoriali su 45 complessivi, concentrati soprattutto nelle province di Lecce e di Foggia) e fortemente incentivata, con risorse finanziarie aggiuntive e premiali, per gli ambiti territoriali formati dai Comuni più grandi.

Come nel resto del Paese tale indicazione relativa al passaggio ad un assetto amministrativo differente, non sempre lineare e celere, ha comportato l'articolazione di un nuovo livello di coordinamento e di governo istituzionale e l'individuazione di strumenti specifici per l'esercizio associato della funzione amministrativa, tra i quali è stato individuato, nella pressoché totalità dei casi, la Convenzione (art. 30 del D.Lgs. 267 del 2000).

Sul piano organizzativo gli ambiti territoriali si sono dotati di un Ufficio di Piano, formato prevalentemente dai dirigenti e/o dai responsabili dei servizi sociali dei Comuni, e costituito come Ufficio Comune (art. 30, comma 4, del D.Lgs. 267 del 2000), con funzioni di supporto tecnico.

Le linee guida per la stesura dei Piani di Zona hanno indicato pertanto le fasi del processo di costruzione del sistema locale dei servizi, fin dal suo avvio, individuando nella definizione precisa dei diversi ruoli istituzionali e sociali e nella promozione del massimo grado di coinvolgimento dei cittadini i due principali aspetti qualificanti la prima fase della riforma.

---

<sup>2</sup> Recentemente abrogata dalla legge regionale 10 luglio 2006, n. 19 *Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia*.

Sul versante istituzionale lo strumento individuato per la definizione della fase di avvio del processo di collaborazione istituzionale è stato quello del Protocollo d'intesa, atto amministrativo agile e flessibile, con il quale si individuava il comune Capofila dell'Ambito, gli si attribuiva un ruolo di coordinamento per tutta la durata del percorso, si definivano ruoli e modalità della concertazione, in diversi casi prevedendo anche l'impegno di risorse finanziarie a sostegno della fase di avvio della programmazione territoriale.

Il Protocollo d'intesa individuava già il livello politico-istituzionale di governo del processo di riforma nel Coordinamento Istituzionale, formato dai Sindaci dei Comuni facenti parte dell'Ambito territoriale, ovvero, come accade nella maggior parte dei casi, da loro delegati, spesso gli Assessori alle Politiche Sociali dei rispettivi Comuni. Al Coordinamento Istituzionale partecipa, per quanto attiene alle questioni relative all'integrazione sociosanitaria, il Direttore Generale della AUSL di riferimento, ovvero il Direttore del Distretto Sociosanitario o il Coordinatore Sociosanitario, ove presente.

Come evidenziato in altra parte del presente lavoro, l'intensità della partecipazione dei rappresentanti della AUSL al Coordinamento Istituzionale può essere assunto, pur con tutte le dovute cautele, ad indicatore della qualità del processo di integrazione sociosanitaria, almeno sul versante istituzionale, di ciascun Ambito territoriale.

Il Protocollo d'intesa definiva anche l'organizzazione essenziale del Tavolo della concertazione, strumento principale per l'attivazione della fase di ascolto e partecipazione, contributo essenziale alla individuazione dei bisogni territoriali e alla individuazione delle priorità d'intervento.

Infine il Protocollo indicava la composizione del Tavolo tecnico per il Piano di Zona, non ancora Ufficio di Piano, che, come abbiamo detto, necessita della sottoscrizione della Convenzione per costituirsi in quanto Ufficio Comune, al quale si attribuivano le funzioni di regia e coordinamento operativo del processo di programmazione, di supporto specialistico per la definizione delle scelte in ordine all'assetto gestionale ed organizzativo, di predisposizione di tutti gli atti necessari alla definizione dei contenuti del Piano di Zona.

Le linee guida definiscono anche i contenuti generali dei Piani di Zona, proponendo una articolazione di massima che comprenda almeno una articolazione descrittiva del territorio oggetto dell'intervento, una lettura dei bisogni sociali del territorio ed una analisi del sistema dei servizi presenti, individuando punti di forza ed elementi di criticità dello stesso.

Gli elementi essenziali di questa prima parte del Piano erano indicati nelle seguenti dimensioni di analisi:

- a) la struttura demografica e sociale della popolazione residente;
- b) le caratteristiche dei flussi migratori presenti sul territorio;
- c) le dinamiche economiche e occupazionali prevalenti nell'area di riferimento e le implicazioni relative ai fenomeni di esclusione sociale;
- d) i bisogni prevalenti dei diversi gruppi sociali;
- e) le infrastrutture sociali disponibili sul territorio per i servizi sociali, sia di natura pubblica che privata;
- f) l'offerta complessiva di servizi esistenti sul territorio;

- g) la spesa sociale storica dei Comuni;
- h) le risorse umane impegnate stabilmente nell'organizzazione e nella gestione dei servizi.

A tal fine le Linee guida presentano specifici strumenti di rilevazione, tabelle e tavole statistiche, da allegare ai Piani di Zona al momento della presentazione alla Regione per la relativa istruttoria ed approvazione. È bene specificare a tal proposito che la legge regionale 19/2006, come già la stessa legge regionale 17 del 2003, indica il sistema informativo sociale come priorità del primo triennio di attuazione della riforma, individuando nella sua assenza uno degli elementi di debolezza strutturale del sistema di welfare pugliese: *“(..). Sarà lo stesso quadro conoscitivo elaborato su base regionale, nonché l’analisi dettagliata delle schede di programmazione contenute in tutti i Piani di Zona, a consentire la riprogrammazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali e l’adeguamento delle scelte in esso contenute, entro un biennio dall’approvazione del presente Piano”*.

Definita la parte conoscitiva del Piano, ed opportunamente condivisa con il sistema degli attori territoriali nei luoghi della concertazione, le Linee guida indicano lo *step* successivo nella definizione delle scelte strategiche e degli obiettivi generali, articolati per aree d'intervento e per azioni di sistema.

Nella definizione degli interventi il Piano regionale compie una scelta di compromesso, se così possiamo definirla, tra l'intenzione di superare la tradizionale frammentazione degli interventi per categorie di persone e di bisogno, con l'esplicita consapevolezza che tale articolazione ha di fatto contribuito a limitare lo sviluppo di un sistema di servizi effettivamente universalistico, e la necessità di costruire con gradualità un disegno organizzativo innovativo su un sistema locale di servizi più o meno consolidato sul versante delle prestazioni e degli interventi. Tale obiettivo è perseguito con l'indicazione netta di alcune priorità d'intervento che si definiscono per modalità operative (la domiciliarità, i servizi di prossimità, i servizi di aiuto e di sostegno alla famiglia e alla persona), distribuite trasversalmente per aree tradizionali di intervento (minori, anziani, disabili, ecc.).

La prima parte del Piano di Zona si completa con le indicazioni relative all'assetto gestionale ed organizzativo dell'Ambito territoriale e con la programmazione finanziaria, articolata per aree d'intervento.

Sul versante gestionale i Comuni sono chiamati ad indicare le forme giuridiche individuate per l'esercizio associato delle funzioni amministrative relative ai servizi sociali, le scelte organizzative relative all'Ufficio di Piano, con riferimento alla dotazione di risorse umane e alla gestione dei processi infortivi, e le eventuali modalità di esternalizzazione dei servizi.

Sul piano finanziario, invece, il quadro complessivo delle risorse attribuite al Fondo Unico di Ambito, sono articolate per fonte di finanziamento (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali, Fondo globale regionale, Risorse Comunali, Risorse AUSL) e per aree d'intervento.

La seconda parte del Piano di Zona, che andava presentata entro sessanta giorni dalla prima parte, deve comprendere la progettazione di dettaglio dei

singoli interventi previsti per ciascuna delle aree indicate, con il relativo quadro finanziario, dal quale si evinca la fonte specifica di finanziamento; le indicazioni relative ad iniziative di formazione, sia in ordine al fabbisogno eventualmente rilevato, sia rispetto ad iniziative realizzate sul territorio dell'ambito; gli investimenti per le infrastrutture sociali, eventualmente presentate in riferimento alla specifica finalizzazione di risorse che la Regione Puglia ha indicato in sede di programmazione generale; i regolamenti previsti per l'attuazione del Piano stesso: regolamento per il funzionamento dell'Ufficio di Piano, regolamento per l'affidamento dei servizi, regolamento per l'accesso ai servizi.

### *1.2 Lo stato dell'arte nella programmazione locale*

Rispetto all'indirizzo regionale, schematicamente riassunto nel paragrafo precedente, l'attuazione della riforma sul territorio pugliese mostra, a dicembre 2006, cioè ad oltre due anni dall'approvazione del Piano regionale, un notevole ritardo. Dei 45 Ambiti territoriali nei quali si articola il sistema amministrativo regionale relativo ai servizi sociali, che comprende ben 248 Comuni, distribuiti in 5 province<sup>3</sup>, solo 10 hanno concluso la fase di programmazione, approvato e presentato in Regione il Piano di Zona completo e, pertanto, sono stati ammessi a finanziamento.

Va evidenziato, a tal proposito, che la programmazione regionale si sviluppa sulle risorse disponibili del Fondo Nazionale delle Politiche Sociali, a cominciare da quelle del triennio 2001-2003, pari complessivamente a circa 125 milioni di euro, integrate dalle risorse regionali (circa 19 milioni di euro per il 2004) e dalle quelle comunali e delle AAUUSLL. In vigenza del primo triennio di attuazione dei Piani di Zona, completata la fase di monitoraggio e verifica, si procederà con l'integrazione delle risorse disponibili sul FNPS 2004, 2005 e 2006.

Il ritardo con il quale va completandosi la progettazione esecutiva degli interventi e dei servizi sul territorio regionale rischia di vanificare lo sforzo innovativo che la riforma esplicitamente conteneva, e che solo parzialmente può essere giustificata dagli elementi di cambiamento organizzativo ed istituzionale, anche complessi, che il nuovo sistema di servizi sociali richiede.

Una situazione che può essere attribuita a diverse e complesse ragioni, che potranno utilmente essere evidenziate in sede di monitoraggio e valutazione, azioni che l'Assessorato alla Solidarietà della Regione Puglia ha già programmato e sono di imminente avvio. Ma senza dubbio possiamo anticipare che tra le criticità emerse un ruolo significativo può essere attribuito alle difficoltà incontrate in materia di programmazione degli interventi ad integrazione sociosanitaria, che hanno rappresentato uno dei limiti maggiori allo sviluppo della programmazione locale, lasciando di fatto irrisolti alcuni nodi centrali dello sviluppo dei sistemi territoriali di welfare pugliesi. Se da una parte esiste, infatti, una larga e diffusa consapevolezza sulla necessità di promuovere e perseguire una politica dell'integrazione sociosanitaria, nella pratica tale obiettivo risulta ancora lontano dall'essere centrato.

---

<sup>3</sup> È in fase di istituzione la sesta provincia pugliese, BAT (Barletta-Andria-Trani).

È evidente che per l'attuale ripartizione del sistema delle competenze un ruolo centrale è affidato alla Regione, ciononostante appare utile, anche alla luce dell'esperienza realizzata nei laboratori territoriali del Progetto Governance, riconsiderare alcuni degli elementi qualificanti il processo di integrazione sociosanitaria locale dal punto di vista degli operatori del settore: elementi che, se opportunamente tenuti in considerazione e sviluppati nelle pratiche di integrazione sul piano istituzionale come su quello gestionale ed organizzativo, possono contribuire a migliorare l'efficacia delle politiche locali di welfare.

L'attuazione dell'integrazione implica il coordinamento e la comunicazione tra livelli professionali ed organizzativi diversi, spesso reciprocamente sconosciuti: è questo un primo ineludibile ambito di intervento, che necessita l'assunzione responsabile dell'obiettivo di contenere le spinte verso l'eccessiva settorializzazione e specializzazione degli interventi, modalità di lavoro che comportano il rischio di alimentare l'autoreferenzialità delle categorie professionali.

Da questo punto di vista possono risultare molto utili le esperienze di formazione, come quelle proposte dal progetto Governance, indirizzate contestualmente agli operatori dei servizi sociali e sanitari. È abbastanza evidente, ed emergerà con maggiore chiarezza quando il processo di programmazione locale sarà terminato, che le aree del territorio regionale che sviluppano risultati migliori in ordine all'efficacia dei servizi sociosanitari territoriali, presentano al tempo stesso una più larga consuetudine alla realizzazione di attività ed iniziative formative, nell'accezione più larga del termine, organizzate in maniera integrata. È un indicatore semplice ma efficace della necessità di quel *reciproco riconoscimento* che nei laboratori territoriali del progetto Governance è stato indicato come condizione di avvio di un buon processo d'integrazione.



## 2. L'integrazione sociosanitaria nei Piani di Zona

di Michele Corriero

### 2.1 Analisi desk dei documenti

La Regione Puglia ha manifestato l'esigenza prioritaria di effettuare una ricognizione su tutti i Piani di Zona della Puglia, allo scopo di realizzare una prima analisi sullo sviluppo della programmazione locale in ordine agli interventi ed ai servizi dell'area dell'integrazione sociosanitaria. I risultati di questa analisi rappresentano il quadro di riferimento su cui sono state definite tutte le attività successive.

L'obiettivo della ricognizione è conoscere lo stato dell'arte dell'integrazione sociosanitaria sul territorio, pur in assenza del completamento della fase di programmazione locale, e poter trarre un primo bilancio introduttivo in termini di tipologie di servizi erogati e criticità di attuazione delle strategie regionali. Questa fase ha previsto la raccolta di informazioni sia qualitative che quantitative sulle azioni di integrazione sociosanitaria previste nei singoli Piani Sociali di Zona.

La raccolta, lo studio e l'analisi della documentazione ha rappresentato una modalità di lavoro fondamentale per la garanzia di qualità e dell'approfondimento critico delle conoscenze in materia di integrazione sociosanitaria. La documentazione, come modalità organizzativa e fonte di informazioni, ha rappresentato il *continuum* della ricerca in un processo di monitoraggio e rilevazione costante dei dati più significativi. La raccolta della documentazione ha permesso di pianificare la tipologia di intervento e progettare azioni concrete di ricerca attraverso i diversi strumenti di rilevazione. Il primo *step* è rappresentato dall'analisi dello scenario (normativo ed istituzionale) nella Regione Puglia. La raccolta della documentazione ha avuto un ruolo di approfondimento attraverso la normativa nazionale e regionale in materia di welfare e di integrazione sociosanitaria, in particolare su:

1. la legge quadro sul welfare n. 328/2000;
2. la l.r. 17/2003;
3. il Piano Regionale delle Politiche Sociali in Puglia;
4. l'Atto di indirizzo per l'attuazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali in Puglia;
5. il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000;
6. il D.Lgs. 299/1999 e l'atto di indirizzo e coordinamento (D.P.C.M. 14 febbraio 2001);
7. la l.r. 19/2006 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia";
8. la l.r. 25/2006 "Principi e organizzazione del Servizio Sanitario regionale".

È stata effettuata, inoltre, una disamina della documentazione (Accordi di programma, protocolli operativi, schede economiche, ecc.) disponibile presso i 44 Piani Sociali di Zona della Regione Puglia.

La documentazione predisposta dagli Ambiti ed analizzata dallo staff di progetto è la seguente:

- Piani di Zona della Regione Puglia, prima e seconda parte;
- integrazioni ai Piani di Zona;
- protocolli d'intesa tra Ambiti e AUSL;
- accordi di programma per l'approvazione del Piano Sociale di Zona;
- schede finanziarie: quadro complessivo e in dettaglio delle aree finanziate;
- raccolta dei progetti esecutivi nell'area integrazione sociosanitaria ;
- schede per la progettazione di dettaglio degli interventi e dei Servizi per tutte le aree prioritarie indicate dal Piano Regionale.

Inoltre, è stata acquisita ulteriore documentazione specifica prodotta dagli Ambiti: protocolli operativi per assetto della PUA, UVM, ADI, protocolli per il servizio educativo assistenziale centro diurno portatori di handicap, protocollo servizi integrati centro polivalente per anziani, accordo per il trasporto assistito dei disabili.

## *2.2 Metodologia e strumenti*

La metodologia applicata è stata quella dell'indagine e dell'analisi conoscitiva finalizzata alla conoscenza del livello di integrazione sociosanitaria nei Piani di Zona della Regione Puglia. Il percorso di elaborazione metodologica ha visto la costituzione di un'*équipe*, la definizione degli obiettivi della ricerca e l'avvio di procedure, la costruzione di strumenti tecnici di rilevazione dati.

L'azione di conoscenza è partita dalla raccolta, lettura ed analisi dei 44 Piani di Zona della Regione Puglia, e dalla elaborazione di schede per analizzare e sintetizzare le diverse informazioni acquisite sull'integrazione sociosanitaria. Le schede di rilevazione prodotte sono state organizzate per aree di interesse (Istituzionale, Organizzativo e Professionale) al fine di raccogliere informazioni ed avere un riscontro oggettivo su dati completi, incompleti o da integrare.

Dall'analisi delle schede sono emersi dati che lo staff ha raccolto, classificato e rappresentato graficamente con delle *slides* commentate. Dal punto di vista metodologico l'attività di rilevazione è stata divisa in due parti:

1. nella prima parte è stata effettuata un'analisi macro delle informazioni acquisite rispetto alla prima Parte dei Piani di Zona, istruiti ed approvati in Regione; inoltre, per un maggiore riscontro con la realtà degli Ambiti, sono stati raccolti, mediante una scheda, gli aggiornamenti effettuati dal Gruppo di assistenza tecnica territoriale del Formez, impegnato nelle attività previste dalla Convenzione in corso con la Regione Puglia per l'attuazione della riforma sul territorio regionale.
2. nella seconda parte è stata effettuata un'analisi micro delle informazioni acquisite rispetto alla seconda Parte dei Piani di Zona, limitata ai Piani che avevano completato la progettazione esecutiva; in realtà il numero delle seconde parti è esiguo ma, al tempo stesso, significativo dal punto

di vista dell'analisi in dettaglio e della conoscenza reale delle azioni di integrazione sociosanitaria programmate nella progettazione esecutiva.

Nella metodologia conoscitiva sono state integrate informazioni di ordine finanziario che hanno definito in maniera chiara quella che è stata la reale volontà di integrare interventi sociosanitari e tradurli in progetti cofinanziati.

L'analisi delle schede finanziarie (scheda "A" sul quadro finanziario complessivo del Piano Sociale di Zona e la scheda "B" sul quadro finanziario del Piano Sociale di Zona per aree prioritarie e dettaglio di progetti) ha permesso di evidenziare elementi di coerenza tra la prima parte dei Piani di Zona e la seconda e di focalizzare l'attenzione su quale tipo di integrazione gli ambiti si sono mossi (istituzionale, organizzativa, professionale e finanziaria).

Gli strumenti per la ricognizione sono stati elaborati e monitorati costantemente rispetto agli obiettivi di ricerca. Gli strumenti utilizzati sono:

1. una scheda generale di rilevazione dati sui Piani di Zona da cui sono state ricavate diverse informazioni (analisi del reale coinvolgimento dell'AUSL nella fase politico-istituzionale, la qualifica del professionista coinvolto e l'effettiva presenza all'interno del Coordinamento Istituzionale, nonché il coinvolgimento, nella fase di concertazione, di più soggetti Pubblici e Privati; quota di cofinanziamento dell'AUSL sul totale delle risorse del PdZ, tipologie di risorse, aree coinvolte, modalità organizzative dei servizi ad integrazione sociosanitaria, strumenti operativi, LEA; professionalità coinvolte nella PUA, UVM, Èquipe integrate, protocolli operativi);
2. una scheda di rivelazione-intervista somministrata ai tutor territoriali, quali testimoni privilegiati della programmazione anche sociosanitaria degli Ambiti Territoriali (da cui sono stati raccolti dati aggiornati in itinere sulle attività di integrazione);
3. schede finanziarie (scheda "A" sul quadro finanziario complessivo del Piano Sociale di Zona e la scheda "B" sul quadro finanziario del Piano Sociale di Zona per aree prioritarie e dettaglio di progetti);
4. Piani di Zona, prima e seconda parte;
5. integrazioni ai Piani di Zona richiesti dalla Regione Puglia;
6. schede di progettazione in dettaglio degli interventi e dei Servizi nella seconda parte dei Piani di Zona;
7. schede di rilevazione-analisi delle progettazione in dettaglio degli interventi sociosanitari.

### *2.3 Rilevazione ed elaborazione dei dati*

L'obiettivo della rilevazione si è concretizzato nell'elaborare i primi dati relativi alla programmazione locale degli Ambiti territoriali pugliesi al fine qualificare e quantificare il grado di integrazione sociosanitaria messo in atto nel processo di realizzazione dei Piani di Zona. Sono state raccolte in maniera sistematica diverse informazioni e dati oggettivi che hanno evidenziato le caratteristiche di problematicità e complessità nell'attuazione del processo di integrazione, inoltre, i dati elaborati hanno fatto emergere effetti diretti ed indiretti rispetto al

superamento di una logica di separatezza tra sociale e sanitario promuovendo l'integrazione; da ciò sono emersi fabbisogni formativi di tipo tecnico-metodologico, ma anche culturale sulla programmazione integrata sociosanitaria. In tale ottica i laboratori provinciali per l'integrazione sociosanitaria organizzati nell'ambito del progetto hanno rappresentato un importante momento di confronto sul tema ed hanno cercato di avviare un percorso di lavoro finalizzato alla creazione di modelli e strumenti per favorire l'integrazione sul territorio pugliese.

La rilevazione e l'elaborazione dei dati ha seguito, da un punto di vista temporale, fasi diverse per la diversità delle risposte da parte degli Ambiti territoriali; si è partiti da un'analisi macro (prima parte dei Piani di Zona) rispetto alle scelte di programmazione e consapevolezza delle azioni di integrazione per convergere su di una analisi più dettagliata (seconda parte dei Piani di Zona) rispetto alla rilevazione delle progettazioni e delle azioni da realizzare in maniera integrata.

La rilevazione dati è partita dalla lettura e dallo studio dei 44 Piani di Zona della Regione Puglia rispetto all'area degli interventi programmati per l'integrazione sociosanitaria; da questa prima rilevazione sono emersi dati interessanti sull'integrazione sia dal punto di vista della coerenza con la legge quadro 328/2000, la ex legge regionale 17/03, le linee guida regionali e con i decreti legislativi in materia di integrazione, sia rispetto alle scelte politico – istituzionale – organizzative di programmazione effettuate nei Piani di Zona, per favorire, e in alcuni casi rallentare, la costruzione di un nuovo modello integrato ed innovativo sociosanitario.

La rilevazione è stata effettuata partendo dalla lettura dei dati rivenienti dalle schede conoscitive e dai documenti tecnici dei Piani di Zona (schede di rilevazione dati integrazione sociosanitaria, scheda-intervista compilate dai tutor territoriali, convenzioni, protocolli, seconde parti dei P.d.Z., e schede finanziarie "A" e "B") schede appositamente elaborate da cui sono emersi diversi dati significativi rispetto al processo di costruzione dell'integrazione sociosanitaria.

Dall'analisi e dalla lettura comparata di tutti i dati, è stato ricavato il dato storico, legato alle poche esperienze innovative di integrazione già avviate in alcuni Ambiti e, più in generale, le informazioni hanno permesso di avere una percezione complessiva di come i singoli Ambiti abbiano risposto e tradotto in azioni i contenuti, gli obiettivi strategici della l.r. 17/2003 e del Piano Regionale delle Politiche Sociali rispetto all'integrazione sociosanitaria.

L'attività di rilevazione ha tenuto conto delle diverse fasi evolutive del processo di integrazione fra sociale e sanitario; per tale motivo, visti gli indirizzi per promuovere l'integrazione sociosanitaria su diversi livelli (Istituzionale, Gestionale e Professionale), è stato importante approfondire, con gli strumenti suddetti, le diverse aree da un punto di vista quantitativo e qualitativo:

1. area Istituzionale (analizzare il reale coinvolgimento dell'AUSL nella fase politico-istituzionale, la qualifica del professionista coinvolto e l'effettiva presenza all'interno del Coordinamento Istituzionale, nonché il coinvolgimento, nella fase di concertazione, di più soggetti Pubblici e Privati);

2. area Gestionale (quota di cofinanziamento dell'AUSL sul totale delle risorse del PdZ, tipologie di risorse, aree coinvolte, modalità organizzative dei servizi ad integrazione sociosanitaria, strumenti operativi, LEA);
3. area professionale (in riferimento alle professionalità coinvolte nella PUA, UVM, équipe integrate, protocolli operativi).

Il lavoro di analisi e rilevazione di tutti i dati posseduti è stato propedeutico all'imputazione dei dati stessi nello schema di rilevazione generale della ricerca, dove sono stati rappresentati graficamente i singoli indicatori conoscitivi che hanno permesso una lettura complessiva sull'intero percorso di integrazione sociosanitaria e sull'effettivo processo decisionale, di azione metodologica, tecnica ed operativa messa in atto dagli Ambiti della Regione Puglia.

I dati rilevati sono stati costantemente monitorati ed aggiornati rispetto allo sviluppo delle scelte fatte in itinere dai diversi Ambiti, in particolare con alcune delle seconde parti dei Piani di Zona. Aggiornamenti in tempo reale, proprio perché nel pieno di un processo di recepimento e consolidamento delle informazioni sull'integrazione da parte degli Ambiti territoriali e per una maggiore consapevole culturale dell'importanza di avviare programmi di integrazione sociosanitaria.

In particolare con l'elaborazione, da parte di alcuni Ambiti, delle seconde parti dei Piani di Zona, le schede di progettazione in dettaglio, sono state meglio definite le effettive politiche di integrazione o il livello di diffidenza, indifferenza e difficoltà riscontrate nel realizzare un reale processo di integrazione.

L'elaborazione dei dati ha permesso di mettere a fuoco le aree di criticità ed i nodi problematici che ostacolano il cammino dell'integrazione o di cogliere le sperimentazioni avviate e gli sforzi fatti per un lavoro di integrazione efficace e qualitativo.

L'analisi della rilevazione ha fatto emergere quanto segue (i dati sono riferiti al 26 maggio 2006):

1. in tutti i 44 Ambiti territoriali presenti in Puglia l'Accordo di Programma, con cui si è approvata la prima parte del Piano Sociale di Zona, vede la AUSL tra i soggetti sottoscrittori insieme ai Comuni dell'Ambito, mentre diverso appare il livello di specificazione e il contenuto degli impegni formali assunti dalla AUSL;
2. l'AUSL è sempre presente con un suo referente nel Coordinamento Istituzionale di tutti gli Ambiti territoriali pugliesi, la posizione e le funzioni ricoperte da questo referente non sono omogenee tra AUSL e (spesso) tra Distretti: cambia la capacità decisionale;
3. la AUSL partecipa ai lavori del Tavolo della Concertazione in tutti i 44 Ambiti territoriali;
4. i lavori dell'Ufficio di Piano vedono la presenza di almeno un referente della AUSL nella quasi totalità degli Ambiti territoriali.

Le aree cofinanziate sono così distribuite:

• cod.1 Responsabilità familiari	n.	5 ambiti
• cod.2 Politiche per minori	n.	6
• cod.3 Persone anziane	n.	18
• cod.4 Persone con disabilità	n.	14
• cod.5 Dipendenze	n.	7
• cod.6 Salute mentale	n.	12
• cod.7 Abuso e maltrattamento	n.	3
• cod.8 Contrasto alla povertà	n.	1
• cod.9 Altre aree prioritarie	n.	1
• cod.10 Azioni di sistema	n.	5
• cod.11 Funzionamento dell'Ufficio di Piano	n.	4

Cofinanziamento ai Piani di Zona da parte dell'AUSL: su un totale di 44 Ambiti n. 23 hanno cofinanziato, mentre n. 21 non hanno cofinanziato.

Indicazioni e presenza nei Piani di Zona dei LEA:

- su 44 Ambiti n. 26 hanno indicato i LEA, n. 17 non hanno indicato i LEA, n. 1 non rilevabile.

Numero delle sottoscrizioni dei protocolli operativi per i servizi ad integrazione sociosanitaria:

- su 44 Ambiti n. 13 hanno sottoscritto protocolli, n. 29 non hanno sottoscritto protocolli, n. 2 in fase di sottoscrizione.

Elenco dei protocolli approvati:

- n. 1 protocollo operativo servizio ADI;
- n. 1 protocollo operativo per assetto della PUA;
- n. 1 protocollo operativo per UVM;
- n. 5 protocolli operativi per ADI;
- n. 2 protocolli aggiuntivi comune – AUSL per PUA;
- n. 1 protocollo per servizio educativo assistenziale centro diurno portatori di handicap;
- n. 1 protocollo per la prevenzione primaria uso delle droghe;
- n. 1 protocollo servizi integrati centro polivalente per anziani;
- n. 1 accordo per il trasporto assistito dei disabili.

La ricerca ha visto una seconda fase dell'azione di rilevazione relativa alle schede della progettazione in dettaglio per la seconda parte del Piano di Zona; in particolare, sono state analizzate le singole schede della progettazione in dettaglio degli interventi e servizi riferite alle 11 aree di intervento del Piano di Zona e le seguenti schede finanziarie:

1. scheda "A" sul quadro finanziario complessivo del Piano Sociale di Zona;
2. scheda "B" sul quadro finanziario del Piano Sociale di Zona per aree prioritarie e dettaglio di progetti.

La rilevazione ha qualificato e quantificato la partecipazione dell'AUSL dal punto di vista dell'impegno finanziario e della partecipazione "formale" ed "informale" al processo di integrazione. Sono emersi dati interessanti rispetto ad una "integrazione di fatto" legata, ad una consuetudine professionale e all'abitudine dei servizi di integrarsi tra loro prevalentemente a livello professionale ed organizzativo.

L'esperienza di "integrazione di base" parte da elementi oggettivi fondamentali: il livello di prossimità con l'utente-cliente e l'intenzionalità nel migliorare la qualità di vita delle persone. In alcuni casi emerge un livello di integrazione tra sociale e sanitario che parte dal basso, definendo un metodo di lavoro che ha come riferimento l'esperienza sul campo, più che una reale programmazione a monte.

Sono stati analizzati i seguenti elementi :

- le aree di intervento a cofinanziamento AUSL;
- il totale risorse AUSL inserite nel Piano di Zona;
- l'incidenza % delle risorse AUSL sul totale delle risorse del PdZ;
- le singole aree prioritarie e dettaglio dei singoli progetti:
  - Area Responsabilità familiari;
  - Area Politiche per i minori;
  - Area persone anziane;
  - Area persone con disabilità;
  - Area dipendenze;
  - Area salute mentale;
  - Area contrasto alla povertà;
  - Area azioni di sistema;
  - Area funzionamento ufficio di piano;
  - Area Abuso e maltrattamento;
- le schede finanziarie "B" inserite a cofinanziamento per singolo progetto per verificare l'impegno per singolo progetto;
- la scheda finanziaria "A" per la verifica dell'impegno complessivo;
- le risorse destinate ai progetti da parte dell'Ambito Comunale e dell'AUSL;
- le informazioni rispetto ad una partecipazione dell' AUSL nei singoli progetti, con o senza cofinanziamento.



**PARTE III**  
**I laboratori provinciali per l'integrazione  
socio-sanitaria**



## **1. L'organizzazione dei laboratori**

*di Fulvia Gravame*

### *1.1 Modalità, tempi e partecipanti*

La prima tappa del progetto ha previsto, come già illustrato nel capitolo 3 della parte seconda, una ricognizione sul territorio pugliese sia sullo stato del welfare di accesso che sulle esperienze innovative di integrazione sociosanitaria. I risultati della ricerca sono stati inizialmente presentati ai referenti politici e tecnici delle politiche sociali dei Comuni, delle AUSL ed ai responsabili dell'associazionismo in un seminario regionale (svoltosi a Taranto il 26 maggio 2006) e, successivamente, nei seminari organizzati su base provinciale (il 16 giugno 2006 a Bari ed il 20 giugno 2006 a Foggia).

Durante tali eventi e grazie agli interventi degli stessi operatori, sono state individuate alcune tematiche da approfondire, e cioè:

- la programmazione sociosanitaria;
- i modelli organizzativi della PUA e UVM;
- gli strumenti per il welfare d'accesso.

Contestualmente ai seminari sono state raccolte le adesioni dei referenti delle AUSL e dei Comuni per la partecipazione ai laboratori. Dopo questa fase propedeutica di acquisizione delle adesioni le tematiche sono state suddivise su base provinciale. In particolare, al gruppo di Bari è stato assegnato il tema concernente la "La programmazione sociosanitaria", il gruppo di Foggia ha esaminato "L'organizzazione del welfare d'accesso: strumenti e procedure". Per quanto concerne il terzo tema relativo ai "Modelli organizzativi del welfare d'accesso: PUA e UVM", considerata l'affinità territoriale, si è ritenuto opportuno riunire gli operatori delle province di Brindisi, Lecce e Taranto in un solo laboratorio.

Ai tre seminari provinciali di sensibilizzazione hanno partecipato referenti politici e tecnici delle AUSL, dei Comuni e degli Uffici di Piano, impegnati istituzionalmente con la programmazione sociale di zona. Inoltre, presenti anche responsabili di associazioni no profit e di cooperative sociali.

Viene descritta, di seguito, la composizione dei partecipanti ai seminari regionali e provinciali.

Tabella n. 1

<b>Seminario regionale (Taranto 26/05/06)</b>		
	Valore assoluto	Valore in percentuale
COMUNE	36	39,13%
PROVINCIA	1	1,09%
AUSL	47	51,09%
TERZO SETTORE	8	8,70%
TOTALE PARTECIPANTI (escluso lo staff progetto)	92	100%
<b>Suddivisione per provincia</b>		
PROV TA	38	41,30%
PROV BR	20	21,74%
PROV LE	13	14,13%
PROV BA	19	20,65%
PROV FG	2	2,17%

Tabella n. 2

<b>Seminario provinciale (Bari 16/06/06)</b>		
	Valore assoluto	Valore in percentuale
COMUNE	15	75,00%
AUSL	4	20,00%
REGIONE	1	5,00%
TOTALE PARTECIPANTI (escluso lo staff progetto)	20	100%

Tabella n. 3

<b>Seminario provinciale (Foggia - 20/06/06)</b>		
	Valore assoluto	Valore in percentuale
COMUNE	11	50,00%
AUSL	10	45,45%
TERZO SETTORE	1	4,55%
TOTALE PARTECIPANTI (escluso lo staff progetto)	22	100%

I gruppi di lavoro dei tre laboratori si sono riuniti in sessioni plenarie ed hanno organizzato complessivamente cinque incontri nel periodo compreso tra giugno e novembre 2006; sia nel laboratorio a Foggia che a Taranto si sono costituiti anche alcuni sottogruppi per la stesura del prodotto finale. Gli incontri si sono svolti presso:

- gli uffici della Provincia di Foggia (laboratorio di Foggia);

- la Sede dell'Osservatorio delle Politiche Sociali della Provincia di Taranto (laboratorio del Salento);
- il Consultorio di Taranto (laboratorio del Salento);
- gli uffici del Formez (laboratorio di Bari).

Tipologia e ruolo dei partecipanti:

Tabella n. 4

Laboratorio di Bari		
<u>N. 5 INCONTRI</u>		
	Valore assoluto	Valore in percentuale
COMUNE	8	38,10%
AUSL	13	61,90%
TOTALE PARTECIPANTI (escluso lo staff progetto)	21	100%

Il gruppo di Bari è stato così composto:

- 5 assistenti sociali (4 delle AUSL e 1 comunale);
- 9 figure dirigenziali (3 Direttori del Distretto Socio Sanitario, di cui 1 posizione organizzativa e alcuni funzionari).

Cinque partecipanti si sono aggiunti nel corso degli incontri. La partecipazione è andata da un minimo di 7 persone ad un massimo di 13. La tabella 1 evidenzia una maggior presenza di personale delle AUSL rispetto a referenti comunali.

Tabella n. 5

Laboratorio di Foggia		
<u>N. 5 INCONTRI</u>		
	Valore assoluto	Valore in percentuale
COMUNE	6	50,00%
AUSL	6	50,00%
TOTALE PARTECIPANTI(escluso lo staff formez)	12	100%

Il gruppo di Foggia è stato così composto:

- 1 assessore alle politiche sociali;
- 3 assistenti sociali della AUSL;
- 1 psicologo;
- 1 sociologo del SERT;
- 5 funzionari comunali assegnati presso l'Ufficio di Piano;
- 1 tirocinante presso il Consultorio familiare.

La partecipazione ha previsto un minimo di 6 persone ed un massimo di 8 referenti. Due operatori non hanno proseguito il percorso del gruppo. La tabella 5 evidenzia la stessa percentuale di presenza del personale delle AUSL e dei Comuni.

Tabella n. 6

<b>Laboratorio di Taranto – Brindisi - Lecce</b>		
N. 5 INCONTRI		
	Valore assoluto	Valore in percentuale
COMUNE	8	42,11%
AUSL	11	57,89%
TOTALE PARTECIPANTI(escluso lo staff formez)	19	100%
<b>Suddivisione per province</b>		
PROV BR	5	26,32%
PROV LE	2	10,53%
PROV TA	12	63,16%

Il gruppo di Taranto è stato così composto:

- 5 assistenti sociali (di cui 4 dell'AUSL);
- 10 figure dirigenziali (di cui 1 direttore di Distretto Sociosanitario);
- 1 funzionario amministrativo;
- 1 referente medico;
- 2 collaboratori comunali dell'Ufficio di Piano.

Il gruppo di lavoro del laboratorio del Salento è risultato il più numeroso e ha coinvolto maggiormente referenti provenienti dalla città e dalla provincia di Taranto; anche la AUSL di Taranto è quella maggiormente rappresentata con i Distretti Sociosanitari TA/3 e TA/4. Dal terzo incontro in poi, vi è stato un maggiore coinvolgimento di referenti provenienti dalle amministrazioni comunali che ha fatto registrare un ulteriore irrobustimento della partecipazione proveniente dalla provincia di Taranto.

In tutti i laboratori, si evidenzia una maggiore presenza e partecipazione dei dipendenti della azienda sanitaria rispetto ai referenti degli Uffici di Piano o dei Comuni.

### *1.2 Obiettivi e azioni*

I laboratori si sono configurati come un luogo di confronto tra professionisti già impegnati in prima persona sull'attuazione della legge 328/2000 e della normativa regionale sull'integrazione sociosanitaria; tra gli obiettivi prioritari dei laboratori sono sicuramente da annoverare lo svolgimento di un'attività didattico-formativa, il rafforzamento delle competenze del personale coinvolto,

l'elaborazione di proposte e riflessioni dal basso sulle tematiche collegate alla realizzazione del sistema integrato di accesso. L'attività dei laboratori si è svolta in concomitanza di una fase significativa per la Regione Puglia che è impegnata in una intensa attività legislativa ed amministrativa in attuazione della riforma del sistema regionale di welfare.

Gli incontri dei gruppi di lavoro sono stati strutturati su quattro aree di attività:

- conoscenza reciproca dei partecipanti;
- definizione di una mappa concettuale;
- definizione del percorso di lavoro;
- messa a punto del prodotto finale.

In particolare, il laboratorio di Bari ha individuato come obiettivi prioritari l'analisi delle esperienze di programmazione sociosanitaria integrata realizzate e la produzione di un elaborato che potesse essere un contributo per il miglioramento dei processi programmatori socio-sanitari; il gruppo di lavoro del laboratorio di Foggia è stato concorde sulla scelta di standardizzare gli strumenti operativi relativi simulando un caso di intervento integrato dal punto di vista sociosanitario; il gruppo di lavoro del Salento ha deciso di esaminare una molteplicità di modelli organizzativi, considerando sia scelte minime che scelte estreme in termini di assetto organizzativo. I partecipanti hanno scelto di partire dall'analisi della definizione e della classificazione dei bisogni per arrivare alla simulazione del percorso dell'utente nei suoi contatti con gli uffici sociali e sanitari.

### *1.3 Il contributo delle best practice ai laboratori*

Fin dall'inizio del progetto, è stata avviata sul territorio nazionale la raccolta delle buone pratiche di integrazione tra il sistema dei servizi sociali ed il sistema dei servizi sanitari. A tal fine, sono state individuate le Regioni che hanno realizzato esperienze di successo sull'integrazione sociosanitaria nel rispetto dell'attuazione della normativa nazionale. La finalità della ricerca è stata quella di disporre di un patrimonio condivisibile di *best practice* da diffondere alle amministrazioni del territorio pugliese.

Le esperienze individuate sono state valutate con un approccio integrato, cercando di capire se esistevano i margini per una sostenibilità organizzativa ovvero la capacità di integrare nell'amministrazione regionale l'innovazione realizzata in altri contesti. Lo svolgimento dei laboratori, inoltre, ha evidenziato l'opportunità di conoscere come i decisori a vari livelli degli Ambiti di altre Regioni italiane hanno affrontato la costituzione della PUA e dell'UVM per stimolare la capacità delle amministrazioni locali di individuare problemi, soluzioni innovative facilitando lo scambio di idee, processi e metodi di lavoro.

Alla luce delle diverse esigenze dei partecipanti ai laboratori, lo staff di progetto ha scelto di analizzare le *best practice* già raccolte durante la ricerca nel territorio nazionale.

Lo staff di progetto ha deciso di approfondire le *best practice* maturate nel Mezzogiorno considerando che le Regioni del Nord Italia hanno seguito

percorsi e costruito assetti organizzativi molto diversi da quelli delle Regioni del Sud e della Puglia in particolare.

Durante l'attività dei laboratori sono emersi dubbi su:

- la natura della PUA, le sue funzioni (solo informazione oppure orientamento e decodifica della domanda);
- la definizione di bisogno integrato, i casi nei quali si può e si deve attivare la UVM;
- il ruolo del privato sociale;
- il livello di autonomia finanziaria del Distretto Sanitario;
- la possibilità di rendere reciprocamente comprensibili i bilanci delle AUSL e dei Comuni.

Tra le *best practice* del Mezzogiorno sono state selezionate alcune esperienze campane in quanto il modello di welfare proposto negli indirizzi regionali fin dal 2001, ha ridisegnato l'impianto territoriale come sistema di *governance*, mutando il rapporto fra le istituzioni, fra esse e il privato sociale, sia nella scelta tra centralizzazione e decentramento sia nella riflessione sulla regolazione delle relazioni fra sistemi complessi. Le linee di programmazione regionali del maggio 2001 hanno, prima ancora della proposizione di nuovi assetti organizzativi, esplicitato alcuni assunti fondamentali che sono stati oggetto di confronto e di dialogo fra soggetti e istituzioni.

Fra questi, grande rilievo ha assunto l'integrazione sociosanitaria considerata una delle priorità strategiche negli indirizzi regionali fin dal primo anno; alla luce delle difficoltà riscontrate nell'applicazione del decreto sui livelli essenziali di assistenza sanitaria (i cosiddetti LEA), le linee regionali della seconda annualità hanno suggerito ai Comuni e alle AUSL di lavorare ad una strategia programmatica unitaria e graduale, subordinando ad essa qualsiasi scelta in merito alla copertura dei costi.

L'adozione dei Piani Sociali di Zona, quale strumento di pianificazione degli interventi e dei servizi, è ormai prassi consolidata in Campania, anche se per alcuni ambiti lo strumento di pianificazione può ancora essere migliorato e rappresentare una sorta di "*piano regolatore del sociale*" dove la collettività deve poter leggere la sintesi dell'intera attività sociale prevista dal territorio.

Un aspetto ancora debole nel sistema locale di welfare campano è l'assunzione di una forma giuridica stabile indispensabile alla gestione unitaria.

Sono state ritenute particolarmente valide le esperienze realizzate negli Ambiti di Portici e Sorrento (Provincia di Napoli) e di Lioni (Provincia di Avellino).

### **AMBITO DI SORRENTO**

L'Ambito di Sorrento comprende sei Comuni (Capri, Massa Lubrense, Meta, Piano di Sorrento, Sant'Agnello, Sorrento e Vico Equense), i Distretti 87, 88 e 88 dell'AUSL NA 5 e dalla Comunità Montana "Monti Lattari e Penisola Sorrentina"

Gli aspetti interessanti rilevati sono:

1. la suddivisione delle responsabilità dell'ufficio di piano in aree omogenee (oltre alle aree relative ai servizi/interventi, sono individuate l'area

- contabile, l'area degli atti amministrativi, l'area del sistema informativo e del processo di valutazione, l'area della segreteria, l'area dell'integrazione sociosanitaria);
2. l'équipe settimanale di programmazione come "luogo" di incontro sia tra le diverse professionalità (qualifiche sociali), sia tra le diverse dimensioni (amministrativa, scientifica, ecc.) che definiscono l'intero Piano Sociale di Zona; l'équipe rappresenta una occasione per promuovere l'aggiornamento e lo scambio delle "buone pratiche" operative tra i componenti dell'Ufficio di Piano.
  3. i servizi sociali, oggetto di una campagna di comunicazione, sia interna, sia esterna agli enti associati, tesa a legittimare le prestazioni sociali come diritti essenziali da garantire alla cittadinanza;
  4. l'utilizzo costante e garantito della diffusione delle informazioni in tempo reale, attraverso gruppi di indirizzi di posta elettronica, tavoli di concertazione per l'inclusione sociale, équipe di programmazione settimanale dell'Ufficio di Piano, unità di valutazione multidimensionali integrate sui casi, riunioni del coordinamento istituzionale a cadenza almeno quindicinale;
  5. l'esistenza di un sistema di monitoraggio sui servizi erogati;
  6. l'elevata formalizzazione del processo di integrazione sociosanitaria.

### **AMBITO DI PORTICI**

L'Ambito di Portici comprende i Comuni di Portici (Capofila), di San Giorgio a Cremano e di San Sebastiano al Vesuvio e i Distretti Sociosanitari n. 81 e 83 della AUSL NA5.

Gli aspetti interessanti individuati nell'esperienza realizzata nell'Ufficio di Piano di Portici sono:

1. la costituzione di una Unità di Valutazione Integrata Geriatrica in pianta stabile presso l'Ufficio di Piano ed il Segretariato Sociale. Il punto di partenza è che difficilmente il bisogno manifestato dall'anziano è esclusivamente di tipo sanitario o di tipo sociale ma più spesso la domanda è di un servizio integrato;
2. la scelta di attestare la presa in carico a livello di UVIG. Se una persona presenta all'assistente sociale del segretariato un bisogno di tipo integrato, viene accompagnato alla UVI che stabilisce il tipo di intervento più idoneo al caso;
3. la partecipazione di rappresentanti dell'AUSL nella commissione comunale per le gare di appalto. L'Ufficio di Piano fa infatti un monitoraggio *ex ante*, *in itinere* e *ex post* in riferimento alle aree di attività ed ai progetti in corso e alla assegnazione all'esterno di progetti. Il gruppo di monitoraggio è composto da un referente dell'Ambito con funzioni di coordinatore sociale o sanitario, da un referente territoriale (del Comune interessato) e da un referente dell'AUSL competente. Il gruppo non deve superare i quattro componenti per garantire un confronto reale. Le prime fasi del monitoraggio sono la stesura del progetto e la definizione degli standard minimi delle prestazioni sociali e di quelle sanitarie (*ex ante*), la predisposizione della gara di appalto (*ex*

- ante bis). Nel monitoraggio ex post, si valuta il personale delle cooperative o associazioni vincitrici dell'appalto e la qualità del servizio erogato;
4. l'importanza attribuita alla formazione congiunta degli operatori sociali e sanitari;
  5. una grande attenzione alla costruzione di un processo di integrazione dal basso.

Sono state rilevate alcune criticità:

1. la mancata formalizzazione del processo di attivazione dei servizi di tipo integrato erogati sia pure in modo continuativo da tre/quattro anni;
2. il segretariato sociale utilizza una scheda cartacea per monitorare la tipologia di utenti e di bisogni segnalati anche se a breve è prevista la creazione di un database informatizzato da parte dell'Ufficio di Piano.

### **AMBITO DI LIONI**

Fanno parte dell'Ambito di Lioni i Comuni di Caposele, Andretta, Aquilonia, Bagnoli Irpino, Bisaccia, Cairano, Calabritto, Calitri, Cassano Irpino, Castel Franci, Conza della Campania, Guardia Lombardi, Lacedonia, Lioni, Monteverde, Morra de Sanctis, Nusco, Rocca San Felice, Sant'Andrea di Conza, Sant'Angelo dei Lombardi, Senerchia, Teora, Torella dei Lombardi e Villamaina e i Distretti Sociosanitari 3, 4 e 5 dell' AUSL AV1 e la Comunità Montana Alta Irpinia.

Il principale elemento di innovazione va ravvisato proprio nella scelta di dotarsi di uno strumento giuridico autonomo (il consorzio) per la gestione associata ed unitaria dei servizi previsti nel Piano di Zona; scelta resa possibile dalla sperimentazione di percorsi e modalità di lavoro nuovi che rappresentano un sicuro elemento di innovazione nel contesto territoriale in oggetto.

La capacità e la motivazione dell'ufficio di piano e del comune capofila di proseguire nella costruzione di un sistema associato di servizi sociosanitari, innovando concretamente rispetto all'organizzazione dei servizi storicamente presenti su questo territorio, costituiscono un innegabile punto di forza del contesto complessivamente considerato.

L'Ambito di Sorrento, nel 2004, è stato individuato dal C.N.E.L. tra le migliori pratiche nazionali di welfare d'accesso; l'I.S.F.O.L., sempre nel 2004, ha individuato tale P.S.Z. quale buona pratica tra le regioni italiane "obiettivo uno" dell'U.E. per il processo di concertazione attivato ed è inserito nella Banca Dati di Buoni Esempi del Formez. L'ambito si caratterizza per essere composto da Comuni di piccole dimensioni collocati in un territorio con limitati tassi di criminalità e con una forte tradizione di turismo internazionale.

Nel territorio dell'Ambito di Portici, insistono due Comuni di medie dimensioni – Portici di 60.000 e San Giorgio a Cremano di circa 50.000 abitanti – e un Comune di circa 10.000 abitanti. Inoltre, questo territorio è limitrofo alla metropoli di Napoli ed è caratterizzato da una densità altissima di abitanti per metro quadro e da non pochi problemi di criminalità e di disoccupazione.

In entrambi gli Ambiti, sono presenti due Distretti Socio-sanitari e ciò ha comportato qualche problema rallentamento nelle fasi in cui si doveva designare un rappresentante sanitario.

I Comuni che fanno parte dell'Ambito di Lioni sono ben venticinque, situati in zona interna e montuosa della provincia di Avellino e sono di piccole dimensioni. Infatti, Lioni è il più popoloso e ha circa 6.000 abitanti.

Inoltre, l'équipe di ricerca ha individuato un'esperienza interessante nella AUSL BA/5 sulla programmazione economica e sulla possibilità di confrontare il bilancio sanitario e quello sociale.

Lo staff di progetto ha deciso di procedere con un ulteriore approfondimento solo nei confronti delle *best practice* degli Ambiti di Portici, Sorrento e dell'AUSL BA/5. L'approfondimento dell'indagine è stato compiuto attraverso un'analisi di campo realizzata tramite interviste rivolte ai referenti selezionati. È stata predisposta una griglia di intervista condivisa con i partecipanti ai laboratori che ha permesso di avere ulteriori informazioni sui seguenti aspetti:

- il contesto di riferimento;
- il processo di costituzione della PUA;
- la realizzazione della PUA;
- le modalità di realizzazione del progetto;
- le tappe ed il processo di costituzione dell'UVI;
- le risorse ed il ruolo dei Comuni, dell'AUSL e dell'Ufficio di Piano per la PUA e per la UVI;
- i risultati dell'integrazione sociosanitaria ad oggi.

È stato intervistato Giuseppe Lonardelli (Direttore Sanitario dell'AUSL BA/5) che è anche intervenuto in qualità di relatore, al laboratorio svoltosi a Bari sulla tematica "La programmazione sociosanitaria".

Sono stati intervistati, inoltre, i coordinatori degli uffici di piano di alcuni Ambiti campani individuati. Dopo aver condiviso i risultati delle interviste con i partecipanti ai tre laboratori, sono stati organizzati alcuni seminari per la presentazione delle esperienze selezionate. Il primo seminario di approfondimento è stato organizzato a Bari (8 novembre 2006) ed ha avuto per oggetto "La programmazione sociosanitaria: modelli e buone prassi". In particolare Giuseppe Lonardelli ha illustrato due aspetti:

- la interleggibilità dei bilanci delle AUSL e dei Comuni per consentire una programmazione realmente integrata in ambito sociosanitario;
- la scomposizione e ricomposizione dei capitoli di spesa dei bilanci ufficiali delle AUSL che attengono all'area sociosanitaria.

Inoltre, sono stati organizzati due seminari a Taranto il 16 novembre 2006 sulla tematica: "L'esperienza di integrazione sociosanitaria realizzata nell'Ambito 13 della Regione Campania" con l'intervento di Giovanni Anzalone (Responsabile Area Integrazione Sociosanitaria Ufficio di Piano dell'Ambito 13) e un altro il 22 novembre 2006 sulla tematica: "L'esperienza di integrazione sociosanitaria realizzata nell'Ambito 17 della Regione Campania" con l'intervento di Anna Palladino (Responsabile Ufficio di Piano dell'Ambito 17).

Durante i seminari i responsabili di Portici e Sorrento hanno illustrato il processo di costituzione della Porta Unitaria di Accesso e dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare ed hanno presentato i protocolli operativi sull'integrazione sociosanitaria stipulati tra i Comuni dell'Ambito territoriale (rispettivamente, 13 e 17) e l'AUSL competente.

Il 30 novembre 2006 è stato organizzato un altro seminario di approfondimento sulla tematica: "Dalla valutazione dei bisogni all'integrazione dei percorsi: strumenti e procedure per l'integrazione sociosanitaria". È intervenuto Gennaro Izzo (Coordinatore dell'Ufficio di piano dell'Ambito territoriale Napoli 13 Penisola Sorrentina e Capri) che ha illustrato il percorso dell'integrazione sociosanitaria e, in particolare, gli strumenti e le procedure che rendono possibile la costruzione di percorsi integrati di intervento: dall'accoglienza della domanda, alla valutazione dei bisogni fino alla concreta erogazione di prestazioni ed interventi integrati.

## **2. Laboratorio I – La programmazione sociosanitaria: modelli e buone prassi** *di Natale Pepe*

### *2.1 Contesto territoriale e profilo del gruppo*

Un gruppo di lavoro è molte cose, il gruppo sulla programmazione sociosanitaria integrata è stato molte cose. Innanzitutto 25 persone<sup>4</sup>, incontratesi per sei volte (5 incontri di laboratorio e 1 seminario) nel periodo luglio – novembre 2006<sup>5</sup>, provenienti da Aziende Sanitarie Locali e da Comuni della provincia di Bari. Hanno partecipato ai lavori direttori di distretto sanitario, ma anche coordinatori per l'integrazione sociosanitaria delle AUSL, dirigenti dei servizi sociali e operatori sociali dei Comuni.

Questa eterogeneità è fatta anche di molteplici profili professionali. Il gruppo è stato, in piccolo, uno spaccato reale degli attori del processo di integrazione sociosanitaria sul territorio: medici, assistenti sociali, sociologi, infermieri professionali, laureati in giurisprudenza ed in economia.

Storie diverse e competenze diverse. Ma in questa molteplicità e differenza c'è stata ricchezza assieme a difficoltà. Ricchezza in quanto il gruppo ha avuto la possibilità di arricchirsi dalla molteplicità di competenze e di conoscenze esistenti. Difficoltà in quanto non tutti avevano lo stesso livello di esperienza e di competenze e in alcune occasioni queste diversità sono emerse con chiarezza.

La presenza di un nucleo stabile di partecipanti, composto da alcuni Dirigenti di Comuni e da Direttori di Distretto sanitario e da Coordinatori delle attività sociosanitarie, ha orientato ed indirizzato il percorso del gruppo.

L'elevato livello di approfondimento in alcuni momenti di lavoro e la metodologia attiva utilizzata (attività di laboratorio) hanno conferito una forte rilevanza formativa alle attività. In particolare, il seminario di studio "La programmazione sociosanitaria: modelli e buone prassi" che ha visto la partecipazione del Direttore Sanitario, Giuseppe Lonardelli, e del Direttore Amministrativo, Bernardo Capozzolo, della AUSL BA/5, ha permesso un confronto approfondito e di grande rilevanza, anche e soprattutto tecnica, sulla programmazione sociosanitaria integrata.

La "mappa" delle organizzazioni da cui sono venuti i componenti del gruppo di lavoro mostra, per le aziende sanitarie, una copertura abbastanza uniforme del territorio provinciale (è mancata solo la AUSL BA/1 di Altamura). I dirigenti e gli

---

<sup>4</sup> I componenti del gruppo: Caccuri Luigi, Coratella Giuseppe, D'Ambrosio Riccarda, Di Bari Lucia, Di Noya Giuseppe, Filannino Maria Assunta, Lonardelli Giuseppe, Marrone Angela, Matarrese Anna, Moretti Michela, Munno Domenica, Negroponte Lucia, Panunzio Giuseppe, Tarulli Francesca, Tedone Rosanna, Talamo Amleto (staff Formez), Pepe Natale (coordinatore gruppo),. Hanno partecipato ad un solo incontro: Anelli Domenica, Cavaliere Lucrezia, Filannino Chiara, Marino Pasquale, Mezzina Norma Giuseppina, Pellicano Monica (staff Formez), Rutigliano Giuseppina.

<sup>5</sup> Le date degli incontri tenutisi a Bari sono: 7.7.2006, 15.9.2006, 6.10.2006, 26.10.2006, Seminario 8.11.2006, 22.11.2006.

operatori della sanità provenivano della AUSL BAT/1 con sede a Andria, dalla BA/2 con sede a Molfetta, dalla BA/4 con sede a Bari e dalla BA/5 con sede a Putignano.

Per quanto concerne la presenza del personale dei Comuni si rileva che hanno partecipato le seguenti amministrazioni: Andria, Altamura, Canosa di Puglia, Gioia del Colle, Mola di Bari, Giovinazzo, Corato.

## *2.2 La metodologia utilizzata*

Il punto di partenza del lavoro del gruppo è stato la definizione di una mappa concettuale che fotografasse, in prima approssimazione, la programmazione sociosanitaria integrata in Puglia. Si è partiti dalle esperienze di programmazione che ognuno dei partecipanti ha vissuto personalmente in questi anni.

È apparso evidente a tutti la difficoltà oggettiva che esiste nel far lavorare insieme Comuni e AUSL, enti profondamente diversi per cultura, organizzazione, finalità, ecc. La legge 328 del 2000 ha imposto ai Comuni ricadenti nello stesso Ambito di Zona di lavorare assieme per la realizzazione dei Piani Sociali di Zona, modalità questa che non appartiene, in generale, alla cultura amministrativa degli enti locali dell'Italia meridionale.

L'autoreferenzialità è innanzitutto un problema culturale. Anche nella AUSL appare difficile fare dialogare i diversi sottosistemi organizzativi: il distretto, i dipartimenti e le unità operative complesse operanti nel territorio dell'ambito/distretto sanitario.

Una delle conseguenze è una certa difficoltà da parte dei Comuni ad individuare con certezza nel Distretto l'interfaccia istituzionale che partecipa ai tavoli di programmazione. Si pone, quindi, una delicata questione che riguarda la chiarificazione dei processi di partecipazione e di decisione nell'ambito della programmazione sociosanitaria integrata tra Dipartimenti delle AUSL e Distretto Sanitario.

Nell'esperienza dei partecipanti al gruppo di lavoro emerge, poi, come non sia stato facile acquisire un minimo di linguaggio comune tra Comuni ed AUSL rispetto agli oggetti del lavoro programmatorio. Le difficoltà riguardano il significato attribuito ad alcuni termini come, ad esempio, territorio e territorialità. Un altro elemento fortemente sottolineato è stato la disomogeneità e la frammentazione delle risposte date dai diversi Ambiti di Zona e Distretti Sanitari alle problematiche dell'integrazione sociosanitaria. Viene chiaramente avvertita la necessità di ricomporre questi frammenti creando un quadro di orientamento maggiormente unitario.

Altro nodo concettuale di questa mappa è rappresentato dal tema della lettura e della reciproca comprensione dei bilanci dei Comuni e delle AUSL per quel che riguarda la spesa sociosanitaria. Per le Aziende Sanitarie, a volte, è difficile definire precisamente quanto della propria spesa attiene alle prestazioni socio sanitarie oggetto dell'accordo di Programma con i Comuni dell'ambito del Pdz. Anche in questo caso si impone la necessità di attribuire significati condivisi.

Alla luce delle esperienze fin qui realizzate appare evidente la consapevolezza ormai diffusa tra i decisori politici e tra i dirigenti e gli operatori di Comuni ed

AUSL della inscindibile responsabilità nella realizzazione del percorso dell'integrazione sociosanitaria.

Tutto ciò rimanda alla necessità di acquisire una metodologia efficace per poter lavorare insieme in modo produttivo.

La mappa concettuale costruita dai partecipanti al gruppo di lavoro ha riguardato non solo l'individuazione dei nodi problematici ma, anche e soprattutto, la definizione di un quadro (normativo-organizzativo) più preciso delle caratteristiche che l'integrazione sociosanitaria ha assunto ad oggi in Puglia. È stato un processo che si è sviluppato durante i diversi incontri e che si è avvalso delle importanti e variegate competenze presenti all'interno del gruppo. In più occasioni sono stati distribuiti materiali di approfondimento e testi legislativi regionali attinenti al tema sociosanitario e, più in generale, alle politiche sociali e sanitarie della Regione Puglia.

È stata data una definizione precisa di cosa si intenda per prestazione sociosanitaria, considerando il fatto che i Comuni e le AUSL sono chiamati ad operare in maniera congiunta. Ai sensi del DPCM 14/02/2001 le prestazioni sociosanitarie oggetto di compartecipazione sono quelle nelle quali "la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente distinguibili" e per le quali l'entità del finanziamento è attribuita, in percentuale, alla competenza delle AUSL e dei Comuni, come previsto dal DPCM 29/11/01.

Gli interventi sociosanitari che prevedono una compartecipazione alla spesa, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, sono pertanto di competenza congiunta dell'Azienda USL e dei Comuni dell'Ambito e vengono indicate nell'allegato 1.C del citato DPCM del 29/11/01.

Con riferimento al Piano Regionale delle Politiche Sociali è stato chiarito come l'integrazione sociosanitaria non trovi attuazione solo sul piano finanziario della compartecipazione al costo delle prestazioni, ma che i Comuni e l'AUSL sono chiamati a condividere un unico percorso di programmazione dei servizi, definendo insieme le priorità di accesso, le modalità operative di erogazione del servizio e l'eventuale compartecipazione al costo della prestazione da parte degli utenti.

Solo un percorso di programmazione integrata può garantire una reale integrazione tra Piano Sociale di Zona e PAT evitando di generare impegni alla compartecipazione disarticolati, e quindi incompatibili, con gli impegni finanziari che tutti i Comuni devono assumere per la realizzazione del Piano Sociale di Zona.

Il Piano Regionale delle Politiche Sociali ha stabilito che la programmazione integrata a cui sono chiamati a lavorare insieme Comuni ed AUSL riguarda tutte le attività sociosanitarie individuando però la necessità di avviare il percorso di integrazione sociosanitaria a partire dalle prestazioni per le quali la normativa prevede la compartecipazione alla copertura dei costi di Comuni ed AUSL (DPCM 14.02.01 e allegato 1C del DPCM 29.11.01).

È stato chiarito il ruolo centrale del Distretto Sanitario quale interlocutore dell'Ambito Territoriale del Piano di Zona. Ai sensi dell' art. 3-quater D.Lgs. 229/99, il distretto sanitario è il contesto territoriale dove si realizza il Programma delle Attività Territoriali (PAT) e in esso sono assicurati i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie.

Ai sensi della l.r. 19/2006 l'Ambito territoriale è il luogo dove si progettano e gestiscono le politiche sociali ivi comprese quelle ad integrazione socio-sanitarie. Esso è coincidente con il Distretto Sanitario, proprio al fine di realizzare uno spazio unitario di confronto, programmazione e gestione integrata dei servizi e degli interventi.

I Piani Sociali di Zona sono lo strumento attraverso il quale gli Enti locali associati tra loro, definiscono il sistema locale degli interventi e dei servizi sociali, con l'indicazione degli obiettivi strategici, delle priorità d'intervento, degli strumenti, dell'assetto organizzativo, delle risorse e del personale da utilizzare, delle modalità di monitoraggio e valutazione.

La l.r. 19/2006 stabilisce che, *al fine di consentire una programmazione condivisa, partecipata, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socioassistenziali e sociosanitari del territorio, è necessario che le AUSL ed i Comuni operino per raccordare la loro azione programmatoria, in particolare per gli aspetti sociali del Piano di Zona con gli aspetti sociosanitari del Programma delle Attività Territoriali del Distretto (PAT), in modo da assumere con decisione contestuale gli impegni finanziari, ma anche di risorse umane, necessari per sostenere il costo delle prestazioni integrate, avendo condiviso anche quel sistema di regole necessario a disciplinare in dettaglio l'erogazione delle prestazioni.*

È pertanto necessario che i due strumenti (PdZ e PAT) siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatoria, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione ed alla tutela della salute delle persone e delle famiglie".

L'aver tracciato questa mappa concettuale ha consentito che il gruppo di lavoro arrivasse progressivamente a definire il proprio compito come un percorso di analisi e di riflessione sullo stato di attuazione della programmazione sociosanitaria integrata in Puglia, soffermandosi, in particolare, sul tema dei bilanci delle AUSL e dei Comuni come strumenti di base per realizzare tale processo programmatorio integrato. Il gruppo ha infine prodotto un documento finale da sottoporre ai competenti organi regionali nell'ambito del Convegno di chiusura del progetto.

### *2.3 Il percorso di lavoro*

Il gruppo di lavoro, tra luglio e novembre 2006 ha realizzato sei incontri. Ognuno di questi ha rappresentato una tappa nel percorso di comprensione e conoscenza della problematica.

Le idee di partenza, le analisi fatte nei primi incontri, si sono progressivamente modificate, spesso arricchite, comunque precisate.

La presentazione del percorso è dunque un elemento qualificante per comprendere il prodotto finale elaborato. È altresì lo specchio delle difficoltà, degli interrogativi ma anche delle possibili soluzioni, che gli operatori della AUSL e dei Comuni incontrano dovendo affrontare insieme il tema della programmazione sociosanitaria integrata. È interessante riflettere sulla via, a volte tortuosa, che il gruppo ha percorso per giungere ad una conclusione condivisa. Questo percorso ha un valore conoscitivo in quanto dà indicazioni

non solo per ciò che il gruppo ha esplicitamente espresso ma anche per quello che ha fatto e per come lo ha fatto.

La prima questione che si è posta è stata quella di stabilire una base comune di discussione su un tema non immediatamente operativo come quello della programmazione sociosanitaria integrata. Ai partecipanti non veniva chiesto di produrre una scheda di lavoro piuttosto che un protocollo esecutivo. I componenti del gruppo hanno definito il proprio compito come analisi e riflessione su un tema cruciale e problematico qual è quello della programmazione definendo autonomamente l'oggetto di lavoro e il prodotto finale.

Lo si è fatto con una attività di laboratorio, incrociando le esperienze di ciascuno, individuando i punti di forza ma anche i punti critici di questa esperienze e precisando concetti e termini di riferimento per il lavoro successivo.

Il gruppo ha così potuto definire il proprio "oggetto" di lavoro rappresentato dalla spesa sociosanitaria delle AUSL e dei Comuni e dalla sua rintracciabilità nei rispettivi bilanci. I bilanci di tali enti sono stati considerati nella loro funzione programmatica e non solo economico-finanziaria. La possibilità di attingere da essi le informazioni che riguardano le risorse (finanziarie, di personale, di attrezzature ecc.) è la solida base da cui sviluppare il percorso della programmazione sociosanitaria integrata. La possibilità per ognuno degli enti di poter leggere il bilancio dell'altro, ritrovando con facilità le risorse impegnate nell'attività sociosanitaria appare come un obiettivo non sempre facilmente disponibile.

Il passaggio successivo è stato quello di esaminare da vicino alcune esperienze di programmazione sociosanitaria integrata realizzate nei territori di provenienza dei componenti del gruppo. Un iniziale tentativo di confrontare congiuntamente una stessa esperienza di programmazione integrata sia dal punto di vista del Distretto sanitario che dell' Ambito di Zona non ha ottenuto i risultati desiderati. Si è così avviato il lavoro di analisi esaminando solo l'esperienza dell' Ambito di Zona di Canosa di Puglia (comprendente anche i Comuni di Minervino Murge e Spinazzola). La scheda di analisi è consultabile negli allegati (cfr. allegato 1).

La discussione seguita alla presentazione ha messo in evidenza una esperienza comune ai partecipanti. Nell'ambito degli incontri di programmazione sociosanitaria congiunta, le AUSL non utilizzano (non dispongono) di uno strumento di bilancio che permetta di avere un quadro analitico complessivo delle risorse finanziarie, di personale, di attrezzature, ecc., che esse impegnano per quanto di loro competenza; ciò determina una oggettiva difficoltà a poter affrontare congiuntamente un percorso di programmazione comune. I Comuni, invece, sono generalmente nella condizione di individuare in modo puntuale le risorse che essi mettono a disposizione potendo disporre di uno strumento quale il PEG (Piano Economico Gestionale).

Da queste riflessioni è nata la proposta, unanimamente condivisa, che il gruppo si sperimentasse nella progettazione di una *scheda di programmazione sociosanitaria integrata* da utilizzare unitariamente da parte sia delle Aziende

Sanitarie che dei Comuni. Uno strumento attraverso il quale raccogliere tutte quelle informazioni che le AUSL hanno “disperse” nel proprio bilancio e che difficilmente sono disponibili nei tavoli di programmazione congiunta con gli Ambiti di Zona.

Il passaggio successivo è consistito nell’analisi e nella discussione dei bilanci economici di due AUSL della provincia di Bari: la AUSL BA/2, la AUSL BA/5. Al fine di verificare la possibilità di raccogliere quelle informazioni necessarie per una programmazione integrata del sociosanitario.

L’analisi dei due bilanci economici ha avuto l’effetto di rendere ancora maggiore la consapevolezza che il problema della interleggibilità dei bilanci in realtà è strettamente collegato al problema della rintracciabilità della spesa sociosanitaria nei bilanci stessi.

Il gruppo ha cercato di individuare quelle voci di bilancio che, a vario titolo, possono rientrate tra quelle appartenenti all’area dell’integrazione sociosanitaria. È apparsa subito evidente l’estrema difficoltà di tale opera.

Un prima ipotesi per il superamento di questo problema è stata individuata nella definizione da parte della Regione di nuove voci di bilancio riconducibili all’ area delle prestazioni sociosanitarie. Queste voci raggruppate in appositi capitoli sarebbero così obbligatoriamente presenti nei bilanci di tutte le AUSL pugliesi. Una seconda strada potrebbe essere l’attivazione del bilancio analitico da parte di tutte le AUSL. Il gruppo di lavoro, progressivamente, ha individuato che nel percorso di attivazione di una reale programmazione sociosanitaria integrata è il “fronte” sanitario quello maggiormente in “affanno”.

A questo punto del percorso il gruppo di lavoro ha voluto realizzare una *scheda di programmazione sociosanitaria integrata* per i Comuni e le AUSL. Tale strumento è stato messo a punto utilizzando come modello di partenza quello che il Comune di Gioia del Colle ha progettato per la sua attività di programmazione sociosanitaria (cfr. Allegato 2).

La scheda si propone come un possibile strumento per facilitare la raccolta di quelle informazioni necessarie per una programmazione comune tra Ambito di PdZ e Distretto Sanitario AUSL. Sia l’Ufficio di Ambito del PdZ che il Distretto Sanitario dovrebbero compilare una scheda per ognuno dei servizi previsti (es. ADI), ricadenti totalmente o in parte sotto la propria responsabilità, per ogni area di intervento (es. Assistenza anziani e disabili).

Il gruppo ha voluto simulare l’applicazione di questa scheda applicandola al servizio ADI per l’assistenza ad anziani e disabili. In particolare, ci si è soffermati sulla parte relativa ai capitoli ed alle voci di bilancio AUSL che concorrono a definirne i costi. Si è cercato, partendo dal Bilancio previsionale 2006 della AUSL BA/2, di rintracciare i capitoli di spesa e le voci che attengono all’erogazione delle prestazioni fornite dal servizio ADI. Il gruppo ha potuto verificare l’impossibilità di giungere ad una definizione precisa delle risorse finanziarie disponibili.

Passaggio cruciale dell’intero percorso di lavoro è stato il seminario di studio “La programmazione sociosanitaria: modelli e buone prassi”, tenutosi il giorno 8 novembre, con la partecipazione di Giuseppe Lonardelli, Direttore Sanitario della AUSL BA5, e del Direttore Amministrativo della stessa Azienda Sanitaria, Bernardo Capozzolo. Questo incontro ha permesso un confronto tecnico

“serrato” sulle questioni via via emerse durante i lavori, mettendo allo stesso tavolo di lavoro i direttori della AUSL BA/5 con il Dirigente dei servizi sociali del Comune di Gioia del Colle.

La relazione di Lonardelli ha preso le mosse dalle due questioni centrali nella riflessione del gruppo:

- la interleggibilità dei bilanci delle AUSL e dei Comuni per consentire una programmazione realmente integrata in ambito socio-sanitario;
- la scomposizione e ricomposizione dei capitoli di spesa dei bilanci ufficiali delle AUSL che attengono all’area sociosanitaria.

Per il Direttore Sanitario della AUSL BA/5 è estremamente difficile rendere compatibili le voci dei bilanci di enti come il Comune e l’ Azienda Sanitaria. La natura finanziaria dei due enti è assolutamente diversa. Per il primo si tratta di finanza “diretta” per il secondo di una finanza “derivata”. Una strada percorribile appare quella che passa per l’attivazione della contabilità analitica nelle AUSL. Partendo dai piani dei conti relativi ai centri di costo sociosanitari (da realizzare appositamente) è possibile rendere comparabili, almeno in parte, le voci dei bilanci delle Aziende Sanitarie e dei Comuni.

La programmazione integrata può essere facilitata da un documento gestionale comune tra i due enti.

Bernardo Capozzolo ha ulteriormente precisato le questioni poste da Giuseppe Lonardelli.

Esiste un livello su cui le AUSL hanno la possibilità di intervenire direttamente. Tale livello è quello della attivazione della contabilità analitica dell’Azienda Sanitaria. Per ogni Distretto sanitario sarebbe possibile definire dei centri di costo relativi alle attività sociosanitarie. È quello del Distretto sanitario il livello “corretto” di contatto con l’Ambito del Piano di Zona. I centri di costo sociosanitario potrebbero coincidere con le aree di intervento sociosanitarie previste dal Piano Sociale di Zona. C’è poi un secondo livello su cui si potrebbe intervenire su cui è la Regione ad avere competenza. Essa dovrebbe individuare i capitoli e le voci di spesa relativi all’attività sociosanitaria comuni a tutte le aziende sanitarie.

La discussione nel gruppo di lavoro ha consentito l’approfondimento dei temi affrontati dai relatori. Si è deciso di elaborare un documento finale che contenga l’analisi e le proposte emerse durante il percorso di lavoro sulla programmazione sociosanitaria integrata.

Il punto di arrivo del lavoro di gruppo è stata la discussione e l’approvazione di una bozza del documento finale sul tema della programmazione sociosanitaria integrata. Tale documento è il prodotto finale del percorso di studio, di analisi e di riflessione realizzato in questi mesi ed è stato distribuito precedentemente all’incontro finale utilizzando il forum del progetto Governance.

Giuseppe Lonardelli, nuovamente presente nell’ultimo incontro, ha dato un suo ulteriore contributo nell’ approfondimento della bozza del documento finale.

Il documento preparatorio ha registrato il consenso dei componenti del gruppo di lavoro. Durante il dibattito sono stati precisati alcuni contenuti ed è stata così definita la sua struttura:

1. Premessa. Il quadro di riferimento normativo che definisce la programmazione sociosanitaria integrata.
2. La situazione esistente. I punti nodali necessari per il consolidamento della programmazione sociosanitaria integrata.
3. Alcune proposte per la Regione.

#### *2.4 Il prodotto*

Il prodotto finale realizzato dal gruppo di lavoro è un documento sulla programmazione sociosanitaria integrata. Dopo aver ricostruito le “ragioni” della programmazione integrata, richiamando il quadro normativo nazionale e regionale, il documento sviluppa un’analisi dello stato dell’arte in Puglia e arriva a formulare alcune proposte su come favorire il consolidamento di questo processo.

Il quadro di riferimento normativo che definisce la programmazione sociosanitaria integrata trova la sua disciplina e la sua regolamentazione nel D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, nella Legge 328/2000, nei DPCM 14/2/2001 e 29/11/2001 e, sul piano regionale, nella l.r. 19/2006, nel Piano Sanitario Regionale 2002-2005 e nel Piano Regionale delle Politiche Sociali 2004-2006, nella l.r. 25/2006.

In Puglia il processo di programmazione integrata è ormai avviato. Comuni e AUSL sono consapevoli di dover lavorare insieme e sono impegnati nel trovare soluzioni ai problemi che l’integrazione pone. La programmazione integrata è la frontiera avanzata su cui tutta una serie di nodi problematici si trovano a dover essere affrontati.

Il documento riconosce la difficoltà insita nel lavorare insieme tra enti diversi. Programmare in comune l’attività sociosanitaria richiede una individuazione e una presa d’atto degli elementi di differenza. Questa è una condizione essenziale al fine di consentire una definizione condivisa degli oggetti di lavoro ed una ricerca delle soluzioni operative per adempiere ai compiti assegnati.

Comuni e AUSL incontrano ancora delle difficoltà nell’individuare, reciprocamente, i livelli di responsabilità assegnati a chi, di volta in volta, siede ai tavoli di programmazione. A livello di Ambito di Zona e di Distretto Sanitario c’è la necessità di chiarire chi partecipa e con quale mandato ai processi decisionali.

Si constata spesso disomogeneità e frammentazione nelle risposte date alle problematiche dell’integrazione sociosanitaria soprattutto per quanto concerne la programmazione congiunta.

Le Aziende Sanitarie Locali, spesso hanno difficoltà a definire precisamente quanto della propria spesa riguarda e prestazioni sociosanitarie oggetto dell’accordo di Programma con i Comuni dell’ambito del PdZ. La conseguenza è una certa sfiducia da parte dei Comuni rispetto alla reale consistenza delle risorse che le AUSL mettono a disposizione. La rintracciabilità nei bilanci delle risorse che Comuni e AUSL utilizzano per gli interventi di natura sociosanitaria è un elemento essenziale per sviluppare la programmazione integrata.

È proprio in questa difficoltà di definire esattamente ciò che si spende, quali sono le risorse messe a disposizione, l’ostacolo principale che si frappone ad

una efficace programmazione integrata. I capitoli di spesa e le rispettive voci presenti nel bilancio economico delle AUSL non consentono una ricostruzione puntuale della spesa sociosanitaria. Le voci che, a vario titolo possono rientrare tra quelle appartenenti all'area dell'integrazione sociosanitaria sono "disperse" su più capitoli.

Il fatto che le Aziende Sanitarie Locali non utilizzino la contabilità analitica impedisce di avere un quadro preciso delle risorse finanziarie, di personale, di attrezzature, ecc., che esse impegnano per quanto di loro competenza.

Per queste ragioni le proposte formulate dal gruppo si sono concentrate principalmente sul tema del bilancio e su quello della contabilità analitica delle AUSL.

Una prima indicazione è proprio quella di attivare la contabilità analitica nell'ambito delle Aziende Sanitarie. Individuando i centri di costo sociosanitari e disponendo dei relativi piani dei conti sarebbe possibile rendere comparabili le voci dei bilanci delle Aziende Sanitarie e dei Comuni. La programmazione sociosanitaria integrata potrebbe essere facilitata poi da un documento gestionale comune tra i due enti.

Questa via ha il vantaggio di essere nella piena disponibilità delle AUSL e di non dipendere da altri soggetti. È bene ricordare come per le Aziende Sanitarie l'attivazione della contabilità analitica, pur avendo una valenza interna, ha carattere di obbligatorietà e rientra tra gli obiettivi che la Regione Puglia assegna ai Direttori Generali. La definizione di centri di costo per l'attività sociosanitaria trova in questa obbligatorietà un elemento di sostegno.

Per ogni Distretto Sanitario si dovrebbero definire i centri di costo delle attività sociosanitarie. È questo il livello "corretto" di relazione con l'Ambito del Piano di Zona ed è qui che PdZ e PAT si possono integrare, che le risorse di ognuno si possono esplicitare e che i processi programmatori si possono facilitare.

I centri di costo sociosanitario della contabilità analitica delle AUSL potrebbero, almeno in parte, coincidere con le aree di intervento sociosanitarie previste dal Piano di Zona. Sarebbe comunque opportuno verificare la necessità di articolare ulteriormente tali centri di costo in sottoaree e progetti.

C'è poi una seconda proposta segnalata dal documento finale e riguarda il bilancio economico di previsione della AUSL. La Regione dovrebbe individuare capitoli e voci di spesa relativi all'attività sociosanitaria comune a tutte le Aziende Sanitarie. L'auspicio è che la Regione Puglia esplori questa via. Esiste il timore, infatti, che lasciare esclusivamente alla contabilità analitica il compito di definire puntualmente la spesa sociosanitaria aziendale possa comportare la moltiplicazione eccessiva dei centri di costo.

Alla Regione Puglia sono rivolte ulteriori richieste: innanzitutto garantire certezza dei tempi nella conoscenza delle risorse disponibili nel settore sanitario e quindi, di conseguenza, sociosanitario. Il documento segnala l'opportunità di una definizione, già nel DIF della Sanità, di quote separate relative all'attività sociosanitaria delle AUSL. Sarebbe quindi necessario: precisare l'entità del finanziamento specifico per l'integrazione sociosanitaria; dare una definizione puntuale di cosa si debba considerare prestazione sociosanitaria e di cosa rientri nella spesa socioassistenziale; affermare una

piena responsabilità del Direttore di Distretto per quanto attiene la gestione del budget.

Il documento sottolinea, inoltre, come l'integrazione sociosanitaria debba partire dall'Assessorato alla Sanità e da quello alle Politiche Sociali.

In conclusione, un avanzamento di questo processo programmatico unitario potrà realmente realizzarsi solo con un impegno congiunto della Regione, dall'"alto", e dei Comuni e delle AUSL, dal "basso".

## *2.5 Considerazioni conclusive*

Il clima interno al gruppo di lavoro è stato caratterizzato dalla volontà da parte dei partecipanti di cogliere l'occasione offerta per contare, per far sentire la propria voce. Tra i componenti è stato molto forte il desiderio di confrontarsi. Qualcuno ha sottolineato che era la prima volta, di fatto, che veniva offerta l'opportunità di un luogo ed un tempo adeguati, "sereni", per discutere approfonditamente delle esperienze fatte nel campo della programmazione sociosanitaria integrata; un momento prezioso per un confronto proficuo tra AUSL e Comuni, per porsi domande e proporre soluzioni, essendo tutti impegnati ad affrontare gli stessi problemi. Il lavoro comune ha consentito la conoscenza reciproca, la possibilità di confronto ma anche la possibilità di verificare le disponibilità reali ad impegnarsi in prima persona.

Più voci si sono levate a chiedere nuove occasioni di confronto e di lavoro comune non dettate dalla necessità di una immediata operatività ma comunque orientate alla concretezza delle questioni sul tappeto.

Questa modalità di lavoro partecipata ha inoltre offerto la possibilità di acquisire un linguaggio comune, definendo e condividendo il significato delle parole chiave della programmazione sociosanitaria.

Il gruppo ha vissuto diverse fasi anche nelle sue dinamiche. C'è stata una prima fase in cui il gruppo ha progressivamente visto ridursi il numero dei partecipanti ed una seconda in cui si è ricomposto con nuovi "arrivi", basati su un discreto quanto impreveduto passaparola. Un indicatore questo del credito che l'esperienza del gruppo di lavoro si è progressivamente conquistata sul "campo" e dell'esistenza di tante persone motivate ad impegnarsi sui temi della programmazione integrata. I nuovi "acquisti" si sono poi rivelati una risorsa importante per il gruppo non solo in termini numerici ma soprattutto in fatto di competenze e disponibilità.

Nel percorso di lavoro comune non sono mancate le difficoltà. Per il gruppo, inizialmente, non è stato facile comprendere il compito assegnato e lo scopo degli incontri. È stato necessario mantenere alta l'attenzione sul livello di esplicitazione dei contenuti e dei processi di lavoro. Per favorire il consolidarsi della dimensione gruppale è stata importante l'attività di facilitazione della comunicazione e l'utilizzo di una metodologia laboratoriale.

Una certa disomogeneità del livello di esperienza e del ruolo decisionale ricoperto nelle organizzazioni di provenienza, in alcune occasioni, è stato evidente. Non sempre e non su tutte le questioni è stato possibile registrare una attiva partecipazione alla discussione da parte di tutti i componenti del gruppo.

Un problema che si è dovuto affrontare è stato il *turnover* tra i partecipanti. Su 25 iscritti ben 9 persone hanno partecipato al un solo incontro. Negli ultimi incontri l'aggiungersi di nuovi componenti se, da un lato, ha rivitalizzato i lavori del gruppo, dall'altro, ha comportato la difficoltà di inserire i nuovi partecipanti in un processo ormai strutturato.

Inoltre, il forum sulla piattaforma web del progetto è stato un utile strumento più per la distribuzione di materiali (di lavoro, sintesi degli incontri, documentazione normativa) che per la discussione ed il dibattito. Tra le cause una probabile difficoltà ad utilizzare tale strumento (alcuni componenti del gruppo non riuscivano a scaricare dalla piattaforma web gli allegati messi a disposizione, altri hanno smarrito la password di accesso).

In conclusione, si può dire che l'esperienza fatta dal gruppo è stata positiva ed i suoi componenti hanno mostrato interesse a questa modalità di lavoro e manifestato disponibilità a ripetere questo tipo di esperienza.



### **3. Laboratorio II – Modelli organizzativi del welfare d'accesso (PUA e UVM)** *di Filomena Paola Angarone*

#### *3.1 Contesto territoriale e profilo del gruppo*

L'area tematica dell'integrazione sociosanitaria (i.s.s.) su cui ha lavorato *il Laboratorio provinciale del Salento* si è caratterizzata per la sperimentazione di un percorso organizzativo, di studio e di progettazione su di un modello di welfare d'accesso con particolare riferimento ai servizi della Porta Unitaria di Accesso (PUA) ed all'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Il gruppo ha visto la partecipazione di circa 20 referenti locali delle province di Brindisi, Lecce e Taranto<sup>6</sup>, con un coinvolgimento attivo di poco più della metà di essi<sup>7</sup>. Analizzando la loro presenza secondo il territorio di appartenenza il nucleo più consistente (costituito da 13 persone) è stato rappresentato dalla provincia ionica; la provincia di Brindisi ha registrato la partecipazione di 5 referenti; la provincia leccese, al contrario, è stata rappresentata solo da 2 referenti. Da un punto di vista istituzionale, abbastanza limitata è stata la presenza di referenti provenienti dalle amministrazioni comunali (8) costituita da funzionari, dirigenti, e referenti degli UdP; mentre più numerosa è stata quella giunta dalle AUSL (direttore di distretto, dirigenti e funzionari provenienti principalmente dai servizi consultoriali). La provincia di Taranto è stata la più robusta sia in termini di partecipazione che di uniformità istituzionale (10 referenti su 13 rappresentavano l'AUSL TA/1).

#### *3.2 La metodologia utilizzata*

Il percorso di lavoro del gruppo si è sostanziato di un ciclo di attività consistenti in incontri (sessioni plenarie, seminari di approfondimento con testimoni privilegiati, gruppi di lavoro) nonché confronti, scambi virtuali ed in simultanea. In tale ottica la piattaforma *moodle* del Formez ha reso possibile interazioni tra i partecipanti ed il coinvolgimento del gruppo mediante l'utilizzo di modalità sincrone ed asincrone. Il gruppo ha avviato il suo lavoro di studio e di approfondimento partendo da un'analisi contestuale dei territori in cui ciascuno potesse cogliere l'opportunità di far conoscere in maniera più diffusa e reciproca il sistema o l'organizzazione locale della propria rete dei servizi socio-sanitari. Questo momento è risultato fruttuoso per poter valutare insieme le diverse esperienze con ipotesi di percorsi di cambiamento o miglioramento

---

<sup>6</sup> I componenti dei gruppi sono: Amatulli Mario Raffaele, Angarone F. Paola (coordinatrice gruppo), Canuto Adriana, De Mitri Margherita, De Quarto Genoveffa, Fornaro Gaetano, Giovane Bernadette, Gravame Fulvia (staff progetto), Lacava Francesca, Matichecchia Giovanni, Melli Silvana, Minna Antonio, Picaro Francesca, Ranaldo Lucia Anna, Sabato Silvia, Salerno Cesare, Sannolla Giulia (tutor Formez), Scardia Celeste, Uzzi Silvana, Hanno partecipato ad un solo incontro: Buquicchio Giovanni, De Florio Ascenza, De Meo Maria, Gallone Patrizia.

<sup>7</sup> Su sette incontri (5 in sessione plenaria più 2 seminari di approfondimento) istituzionali, la partecipazione media si è attestata intorno a poco più di 11 persone con una presenza singola media di quasi 6 incontri.

organizzativo. A questa finalità ha risposto, ad esempio, la presentazione del modello di PUA della Città di Taranto, che è risultato il primo ed unico tentativo di definizione, tra le esperienze presenti nel gruppo, di una ipotesi organizzativa.

Le discussioni che hanno caratterizzato la costante partecipazione del gruppo hanno tenuto conto delle condizioni di fatto e degli spunti critici di ciascuno nei propri servizi; i referenti a livello locale, descrivono il seguente quadro contestuale:

- realtà lavorative in cui difficilmente l'operatore riceve esplicite e formali direttive aziendali se non circoscritte ai vincoli di spesa. Infatti, l'i.s.s. programmata nei PdZ è consistita in un mero processo di adozione di documenti e di adempimenti formali;
- esigenza forte di strumenti programmatici legislativi, amministrativi ed operativi più approfonditi in materia di welfare locale (es. modelli organizzativi di PUA ed UVM più definiti con in quali potersi confrontare);
- un sistema organizzativo che fa i conti con scarsità di risorse finanziarie, professionali e strutturali.

E da queste letture critiche e di contesto l'attività del laboratorio è partita per riflettere su alcuni interrogativi: la possibilità di avere un modello di welfare d'accesso unico per un'intera AUSL ("una PUA unica per tutti i distretti"), o una differenziazione degli assetti in funzione degli ambiti territoriali tenendo conto della diversità dei contesti locali con il rischio di avere una pluralità di modelli organizzativi, che renderebbero confuse le modalità operative.

Una delle criticità emblematiche vissuta durante i laboratori è aver rilevato spesso definizioni confuse o eccessivamente settoriali di una stessa realtà o servizio. Un esempio di caos terminologico che a lungo ha fatto discutere i referenti dei contesti sociali con quelli sanitari è stata la presunta corrispondenza fra alcuni servizi di accoglienza (es. Segretariato Sociale) con il front-office della PUA. Questo può esser letto come un esempio di quanto la più forte problematicità insita nell'ambito dell'i.s.s. sia costituita dalla diversificazione dei codici nella descrizione di medesime realtà. A questo errore si è cercato di costruire una risposta metodologica che sottende una consapevolezza: *praticare* la governance significa partire con linguaggi comuni. Date alcune premesse metodologiche, diversi sono stati i nodi tematici che successivamente il gruppo ha inteso elaborare mediante una mappa concettuale avviata con attività di *brainstorming* utile a lanciare *input* da poter condividere. Si è trattato sostanzialmente di spunti di riflessione sui principali strumenti e procedure di accesso:

- Quali professionalità sono coinvolte dalla PUA?
- Quale tipologia di domanda accoglie?
- Come si colloca la PUA nel processo in cui si caratterizza il welfare d'accesso?
- Quale canale utilizza il cittadino per orientarsi?
- Quali responsabilità ha la PUA rispetto ad altri servizi?

Tali quesiti cercano di individuare la modalità di interpretazione e di definizione propria del bisogno dell'utente. Si è giunti quindi ad ipotizzare le possibili tipologie di funzioni svolte dalla PUA: da quella prettamente informativa, e di accesso dell'utente a quella di accompagnamento<sup>8</sup>. A ciò si aggiunge la riflessione, altresì, sul momento e sui luoghi dell'interpretazione/decodifica della domanda

Il primo concetto su cui il gruppo ha cercato una generale convergenza è stato la definizione del bisogno a cui deve rispondere un sistema integrato d'accesso. A tal proposito la PUA viene identificata come *uno strumento di accesso che garantisce a tutti i cittadini servizi ed interventi socio-sanitari in maniera unitaria*. Si configura, quindi, nella sua specificità come un servizio che incontra una domanda prevedendo *risposte integrate* ed un luogo fisico fortemente collegato all'UVM.

### 3.3 Il percorso di lavoro: tracce di un modello organizzativo<sup>9</sup>

Il modello studiato all'interno del laboratorio presenta alcune chiavi di lettura iniziali: una fra tutte quelle della *flessibilità* con cui è dovuta partire la programmazione regionale per lo *start-up* del processo di riforma del welfare sul territorio pugliese. In questa lettura è possibile riconoscere perché tale flessibilità non è sinonimo di incertezza o ambiguità.

La necessità di convergere in un unico modello si giustifica in una macro-finalità verso cui il gruppo ha voluto lavorare e che ha inteso perseguire: non è possibile pensare al welfare d'accesso se non è ravvisabile a monte una integrazione forte fra le programmazioni e gli strumenti dei due Assessorati regionali (Salute e Solidarietà) che possa costituire una solida garanzia per l'organizzazione di tutto il sistema integrato di accesso partendo dalla destinazione *compartecipata* di precise risorse.

Decidere di lavorare su un modello unico come prodotto da far uscire a conclusione del percorso del gruppo significa anche riconoscergli una configurazione a geometrie variabili da rendere estensibile a qualsiasi assetto organizzativo (ambiti pluri-comunali e non). Il modello, abbandonando l'analisi di un processo che vede strutturare il sistema per livelli, abbraccia una prospettiva da leggere per *aree di operatività*. In tal modo ciò che prioritariamente esso insegue sono una pluralità di *livelli di unitarietà* che devono raggiungere il sistema di accesso e che è possibile identificare in:

- un livello unitario di qualità;
- un livello unitario organizzativo;
- un livello unitario funzionale.

---

<sup>8</sup> Per un approfondimento sulle possibili funzioni degli sportelli socio-sanitari, cfr. Piano Formez 2003-ob. 3 PON IT 053 PO 007 – Azioni di Sistema – Misura D2, *Sportelli Sociali per l'accessibilità dei Servizi, rapporto di ricerca*, Formez, p. 14 e ss.

<sup>9</sup> Hanno lavorato e partecipato alla realizzazione dell'intero paragrafo: F. Paola Angarone (coordinatrice del gruppo); Adriana Canuto (AUSL BR/1); Margherita De Mitri (AUSL LE/1); Fulvia Gravame (staff progetto); Giovanni Matichecchia (AUSL TA/1); Antonio Minna (Comune di Ostuni), Francesca Picaro (AUSL TA/1); Silvia Sabato (AUSL TA/1).

### 3.4 In linea con le fonti

Giunti ad un certo punto del percorso intrapreso all'interno del Laboratorio si è ritenuta fondamentale una rilettura delle norme e degli atti di indirizzo regionali prodotti sulla Porta Unica di Accesso. Per una duplice ragione.

Si trattava di comprendere innanzitutto quale era il *modello* regionale rispetto al quale si intendevano proporre delle modifiche e, contemporaneamente, capirne la sostanza e la logica interna nel contesto del disegno più complessivo del sistema socio-sanitario regionale, al fine di evitare proposte astratte ed irrealizzabili.

Il punto di partenza non può che essere la *l.r. 19/2006* per ciò che essa rappresenta rispetto alla precedente elaborazione normativa.

L'art. 47 afferma che "il segretariato sociale opera quale sportello unico per l'accesso ai servizi socio-assistenziali e svolge attività di informazione, di ascolto e di orientamento sui diritti di cittadinanza con caratteristiche di gratuità per l'utenza. Il segretariato sociale può articolare l'accesso unico ai servizi anche mediante sportelli sociali di informazione sociale distribuiti sul territorio e rivolti a fornire le prime informazioni sui diritti, le opportunità e i servizi ai cittadini, nonché la prima assistenza per la predisposizione delle istanze per l'accesso alle prestazioni".

Il successivo art. 59 al comma 1 afferma che "L'accesso ai servizi è organizzato in modo da garantire agli utenti pari opportunità di fruizione, orientamento e diritto di scelta. L'accesso ai servizi è garantito dai Comuni mediante servizi di segretariato sociale, anche articolato in sportelli sociali sul territorio e il servizio sociale professionale, che concorrono alla realizzazione delle seguenti azioni: a) organizzazione della porta unica di accesso, quale rete dei punti di accesso al sistema dei servizi, con uniformità di procedure di accesso ai servizi".

In sintesi la *l.r. n. 19* delinea un segretariato sociale che opera come sportello unico per l'accesso ai servizi socio-assistenziali (art. 47) e che *concorre* con il servizio sociale professionale alla *organizzazione* della porta unica di accesso come "rete dei punti di accesso al sistema dei servizi" (art. 59).

Da notare che qui si parla in generale della PUA per l'accesso al *sistema* dei servizi, quindi a tutti i servizi.

Lo stesso art. 59, infatti, nei commi successivi fa esplicito riferimento ai casi di accesso ai servizi sociali e socio-sanitari, per i quali i Comuni e le AUSL effettuano in modo integrato la valutazione del bisogno attraverso la costituzione in ogni Ambito o Distretto di Unità di Valutazione Multidimensionali per le quali la Giunta regionale dovrà predisporre apposite linee guida.

Il disegno della legge regionale dunque è chiaro: per l'accesso al sistema dei servizi opera la PUA *organizzata* dal segretariato sociale in concorso con il servizio sociale professionale, mentre per l'accesso ai servizi socio-sanitari operano le UVM per la valutazione del bisogno e la presa in carico.

Coerentemente con questo disegno, il *Regolamento Regionale Attuativo*, nella versione approvata dalla Giunta, esplicita gli stessi concetti confermandone l'impalcatura.

L'art. 10 del Regolamento è infatti molto più preciso della legge facendo riferimento all'accesso al sistema *integrato* dei servizi, garantito da Porte

Uniche di Accesso attivate dai Comuni *in accordo* con le AUSL. Compito della PUA rimane quello di fornire informazioni ed orientamento ai cittadini sui diritti e le opportunità sociali, sui servizi e gli interventi del sistema sociale.

Dopo aver dato al secondo comma la definizione di PUA, lo stesso art. 10, al comma 4, contempla il caso del cittadino con bisogni complessi che richiedono un intervento integrato di servizi sociali e sanitari per i quali “gli uffici competenti dei Comuni e della AUSL” definiscono un *protocollo operativo unico* per accogliere la richiesta, decodificare la domanda, effettuare l’indagine sociale, attivare l’UVM, monitorare l’intervento e individuare il responsabile del caso.

Ad un regolamento unico di Ambito è demandata infine la definizione, da parte dei Comuni e della AUSL, dell’organizzazione delle PUA e degli strumenti tecnici per il controllo e la valutazione dei programmi assistenziali a carattere socio-sanitario.

Questa impostazione, che è la più recente ed è frutto di un nuovo indirizzo politico complessivo, appare non coincidente con quella sottesa al *PRPS* e, soprattutto, alle *Linee Guida* che del Piano Regionale sono uno strumento attuativo.

Le linee guida suggeriscono nella prima fase di attuazione la *istituzione* di un “Organismo «unitario» – realizzato e gestito cioè, in maniera congiunta da entrambi i servizi – collocato in seconda linea rispetto ai punti di accesso ai servizi sociali dei Comuni e sanitari dei distretti attualmente esistenti, che funga da passaggio obbligato in tutti i casi di richiesta di prestazioni a gestione integrata e partecipata, per l’attivazione della valutazione multidimensionale integrata e l’avvio a partire da questo punto di confluenza di un percorso realmente unificato e unitario di erogazione.”

Le stesse linee guida sembrano consapevoli della possibilità di equivoci, tant’è vero che subito dopo chiariscono: “Sembra opportuno *mantenere* per questo *organismo* la locuzione «porta unitaria di accesso», sia pure limitatamente alle prestazioni a gestione integrata e partecipata, nonostante si tratti in realtà di una modalità unitaria di organizzazione del lavoro unitario degli uffici interessati rispetto ai vari punti di accesso alla rete e quindi una porta interna al sistema dei servizi...”.

Infatti il disegno organizzatorio della *porta unitaria* è ulteriormente chiarito con la esemplificazione della sua realizzazione che “nell’ambito dei servizi comunali *va ad integrarsi* con l’organizzazione dei servizi di accoglienza (sportello sociale, segretariato sociale, ecc.) che i servizi sociali dei comuni dovranno organizzare in ciascun ambito territoriale...”, mentre per i distretti “la PUA si dovrà articolare organicamente con i diversi punti di accesso alla rete dei servizi sociosanitari distrettuali, attualmente esistenti: medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), servizi di accoglienza delle diverse unità operative distrettuali, poliambulatori, ecc.”.

Si viene in tal modo a concepire la PUA come uno strumento a sé stante di *raccordo funzionale* tra i punti di accesso alla rete di servizi e le prestazioni socio-sanitarie, con funzioni di *collettore* cui convogliare le richieste di prestazione compartecipata, al fine di consentire ed attuare sistematicamente almeno in questi casi un percorso assistenziale unitario e integrato a partire da qualsiasi punto di accesso alla rete dei servizi sociali e sanitari.

La discussione condotta nel laboratorio intorno alle proposte di *modello* della PUA ha risentito inizialmente di questo tipo di impostazione che, sia pure in maniera non nettamente determinata, prefigurava la costituzione di un organismo autonomo da parte degli Ambiti e dei Distretti con propria fisionomia, compiti, funzioni, personale, ecc.

Tant'è vero che come prima sintesi di questo dibattito iniziale si è ipotizzata la PUA come la parte congiunta delle due sfere di attività rappresentate dai nodi di accesso al sistema dei servizi sociali e dei servizi sanitari, da organizzare insieme tra Comuni e AUSL con le risorse appositamente a ciò formate e destinate.

Questa interpretazione, che va nella direzione della costruzione di un *nuovo* organismo, è peraltro abbastanza diffusa tra gli operatori sociali e sanitari, evidentemente indotta dalla lettura del PRPS e delle linee guida.

È stato possibile pensare, per orientare in maniera efficace il dibattito del gruppo, di partire dalla l.r. 19/2006 e dal suo regolamento per compiere scelte operative nette e, soprattutto, uniformi sul piano regionale.

Probabilmente la prima cosa più utile da fare, proprio per eliminare le possibilità di equivoci indotti dalla lettura del PRPS, sarebbe quella di denominare diversamente le due funzioni, anche se esse sono fra loro strettamente integrate: lasciare la denominazione di *PUA* al sistema di accesso ai servizi sociali ed ai servizi sanitari e denominare *Sistema Integrato di Accesso* quella parte della PUA che consente ed attiva la presa in carico della domanda di prestazioni sociosanitarie.

Si tratta di una proposta che non sembra contraddire quanto stabilito nella *Conferenza Stato-Regioni del 24.07.2003*, per la sua correttezza oltre che realizzabilità nonché validità come obiettivo, quando introduceva la *porta unitaria di accesso* come una delle condizioni per rispondere al bisogno complesso di servizi socio-sanitari da parte del Cittadino, mettendo a sua disposizione la possibilità di accedere all'intera gamma dei servizi sociali e sanitari a partire da un solo punto della intera rete dei servizi.

Per realizzare questo obiettivo occorre quindi soddisfare le seguenti condizioni:

- individuare da parte dei Comuni e dei distretti socio-sanitari personale motivato da destinare al segretariato sociale di entrambe le istituzioni;
- provvedere, con risorse comuni, degli Ambiti e dei Distretti, ad una formazione congiunta e sistematica del predetto personale, inizialmente destinata anche a creare l'abitudine a lavorare in maniera coordinata;
- organizzare presso ogni distretto un ufficio di coordinamento della PUA, che a questo punto, stando alla proposta, potremmo denominare *Ufficio del Sistema Integrato di Accesso (SIA)*, costituito dal referente di distretto e dal referente di Ambito per l'integrazione sociosanitaria, nonché da una rappresentanza degli operatori della rete di accesso ai servizi sociali e sanitari, che abbia il compito di ottimizzare l'integrazione fra i servizi attraverso strumenti di condivisione della informazione: protocolli operativi, unificazione della modulistica, guide dei servizi e, in prospettiva, un sistema informativo unico che gestisca un'unica cartella utente e sia in grado di fornire dati reali intorno alla domanda espressa e ai bisogni rilevati. Tra l'altro questa è una esigenza basilare per la

costituzione del Sistema Informativo Regionale, che non può non comprendere i dati provenienti sia dal sociale che dal sanitario.

Al suddetto ufficio di coordinamento per l'integrazione socio-sanitaria sarebbe demandato il compito di coordinare l'attività della Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) rispetto soprattutto ai tempi di convocazione e alla sua costituzione specifica per ciascuna seduta con riferimento al bisogno da valutare.

Questa della UVM è lo snodo principale della integrazione sociosanitaria, dalla quale dipende la concreta realizzazione di un processo che non si limiti, in definitiva, a sancire una aritmetica suddivisione della spesa tra SSN e Comuni ma a costruire in maniera condivisa un progetto di intervento personalizzato.

Se questo è lo snodo principale della integrazione sociosanitaria, è su di esso che occorre puntare maggiormente l'attenzione. Innanzitutto la composizione, che deve essere equilibrata per dare il giusto rilievo ad entrambe le componenti (sociale e sanitaria) e proporzionata ai suoi compiti.

Il regolamento regionale da questo punto di vista è molto carente.

Nella UVM dovrebbe essere rappresentato:

- per il *Distretto*: il coordinatore socio-sanitario, il MMG o PLS, il medico specialista;
- per l'*Ambito*: il coordinatore dell'UdP o suo delegato (referente dell'area sociosanitaria), il responsabile dell'Ufficio Politiche Sociali del Comune di residenza dell'assistito, ed, eventualmente, il responsabile del procedimento di spesa se non coincide con il precedente (questa rappresentanza comunale qualora la spesa ricada sul Comune e non sul PdZ);
- l'assistente sociale che ha preso in carico il cittadino (che può essere del Comune o della AUSL) e lo stesso cittadino/utente, che potrebbe anche decidere di farsi assistere, nonché, eventualmente, gli operatori del servizio esternalizzato per esigenze particolari connesse alla esecuzione del progetto personalizzato.

Estremamente importante è la definizione degli strumenti operativi messi a disposizione della UVM per la effettiva eseguibilità (ed esigibilità) del progetto personalizzato concordato.

Andrebbe infatti prescritto dalla Regione che la costituzione della UVM e la disciplina del suo funzionamento devono essere formalizzati da apposito protocollo d'intesa recepito da tutti i soggetti istituzionali coinvolti (tutti i Comuni dell'Ambito e la AUSL) i quali attribuiscono all'attività della UVM la valenza di conferenza di servizio ai sensi dell'art. 14 della legge 241/90, in quanto è evidente la necessità di dotare ciascun rappresentante istituzionale di un potere reale in ordine, soprattutto, alla capacità di spesa.

### 3.5 Una mission per la PUA

Il *Piano Sanitario Nazionale 2003/2005* ed il *Piano Nazionale degli Interventi e Servizi Sociali 2001/2003*, nell'individuare la Porta Unica di Accesso, quale "sistema di accoglienza della domanda" in grado di prospettare al cittadino simultaneamente tutta la gamma di opportunità offerte dalla rete dei servizi, consentendogli così, a partire da un solo punto di accesso, di percorrere l'intera rete dei servizi sociali e sanitari, opera una vera e propria *rivoluzione copernicana*.

La PUA, espressione che in senso figurato pone l'accento sul concetto della non settorialità dell'accoglienza, mette il cittadino nella condizione che i suoi bisogni siano letti in maniera integrata, senza quindi la necessità di dover duplicare le richieste al Comune ed alla AUSL allorché detti bisogni rivestano un carattere di complessità, condizione essenziale per ottenere il miglioramento della qualità dei servizi.

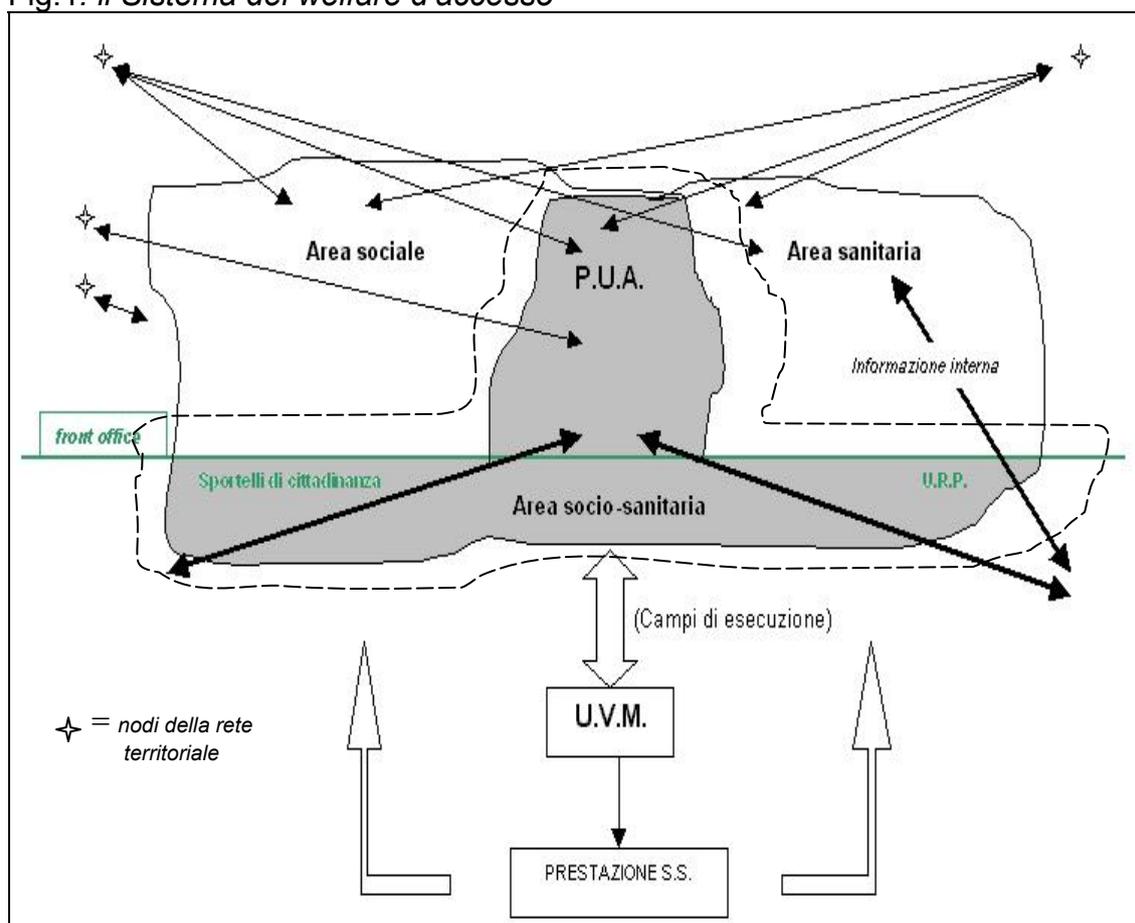
Questa strutturazione di un percorso operativo integrato richiede quindi che il suo livello organizzativo venga congiuntamente realizzato e gestito, *con pari dignità e responsabilità*, dai Comuni e dalle AUSL i quali, sia pur conservando i rispettivi modelli organizzativi interni, opereranno in modo che il cittadino utente percepisca come unico il momento dell'accesso. A tal fine si dovrà garantire la presenza di spazi pubblici, di immediata e facile accessibilità, che mettano lo stesso in condizioni di ricevere informazioni immediate (dirette), precise e complete sui diritti esigibili e sulle risorse che il territorio mette a disposizione per il soddisfacimento dei suoi bisogni.

L'individuazione comune degli obiettivi di intervento e la successiva operatività multidisciplinare, necessariamente condivisi sulla base di una adeguata lettura e decodifica dei bisogni, inoltre, impegnano gli operatori ad avviarsi verso un processo di adeguamento normativo e culturale che orienta al riconoscimento dell'unicità del bisogno del cittadino-utente e dell'unitarietà della risposta da parte degli enti.

In definitiva, finalità precipua della PUA è quella di permettere una *dinamica circolare* in cui a girare sono i flussi informativi e non l'utente.

Secondo la fig. 1, è possibile rilevare come all'interno del sistema del welfare d'accesso, la PUA si pone in continuità con i servizi sociali e sanitari collocati all'interno dell'Ente comunale e della AUSL, in particolar modo crea un contatto diretto con i nodi della rete territoriale. Per *nodi della rete* si vogliono intendere tutti quei punti nei quali accede il cittadino. Essi possono appartenere ad enti pubblici, della cooperazione sociale o anche privati (es. farmacie, cliniche, case di riposo, ecc.). Ma i punti privilegiati di contatto e di riferimento per il cittadino all'interno di questo sistema di accesso rimangono il Segretariato Sociale comunale e gli sportelli URP o informativi di cui dispone l'AUSL. Questi vengono individuati come canali d'elezione per l'attivazione della PUA perché in grado di garantire input interni al sistema in termini di comunicazione ed investitura.

Fig.1: il Sistema del welfare d'accesso



Alla PUA viene riconosciuto il mandato di *dialogare* con l'UVM, preposta quest'ultima all'attivazione delle risposte integrate.

Significative, inoltre, all'interno della stessa figura, le linee tratteggiate che vogliono mostrare quanto il sotto-insieme della PUA non mantiene confini rigidi bensì dinamici ed in via di espansione: in continua osmosi con l'intero sistema e determinato da processi di scambio con le aree immediatamente vicine, creati dalle intese (formali ed informali) integrate, non solo nelle procedure, ma anche sotto l'aspetto culturale degli attori che ne vengono coinvolti.

L'area sociosanitaria servita dalla PUA è costituita da servizi e strutture appartenenti al sociale (ente locale) e al sanitario (AUSL). Strutture che oggi non si riconoscono e quindi non si parlano se non in maniera informale ed estemporanea. La PUA istituzionalizza un dialogo costruttivo. Il livello più alto di collaborazione è costituito da una piena e totale coincidenza tra servizi sociali e sanitari al fine di offrire risposte unitarie e indistinte. Il *front-office* può essere costituito in un primo momento dai servizi rivolti al cittadino ma obiettivo finale rimane quello di fare di ogni servizio un punto di incontro della domanda e dell'offerta di prestazioni socio-sanitarie. La filosofia sottesa (*mission*) è la *funzione*. Quindi ogni servizio può incarnare la filosofia della proiezione esterna per l'accoglimento della domanda.

### 3.6 La PUA: ruoli e luoghi (fisici e funzionali)

Il gruppo, come già accennato, ha voluto pensare la PUA non come una porta/sportello quanto piuttosto come un *sistema di accesso integrato*. Un sistema che risulta essere la sintesi di una serie di interventi oggi differenziati tra loro ma che possono trovare unitarietà nella PUA. Si intende fare riferimento al Segretariato Sociale erogato dal Comune confluyente in una intelligente sintesi con l'Urp e il Cup oggi prestazioni AUSL. Tutte queste funzioni informativo/decodificative affiancano non meno importanti compiti istruttori di supporto all'UVM e a tutti quei servizi socio-sanitari che dalla PUA ricevono input.

Occorre però stabilire a monte che questi compiti vanno riconosciuti nella loro unitarietà affidandoli a professionalità definite operanti all'interno di strutture precise o quantomeno *attrezzate* per fornire risposte unitarie.

Alla PUA si riconoscono le funzioni di accoglienza, interpretazione e decodifica della domanda di ogni cittadino/utente. Compito non secondario è intervenire sulla lettura dei *bisogni inespressi o sui falsi bisogni* ovvero sui limiti di una rete territoriale che spesso genera domande non rispondenti a reali bisogni. Specificità della PUA è la prossimità con i nodi e le antenne sociali per un appropriato ascolto di quanti si rendono portavoce e interpreti del bisogno (*ridefinizione del bisogno*).

Occorre pensare a modelli organizzativi centrati sul welfare d'accesso che tengano conto delle condizioni e dei contesti di partenza dei vari territori. Tutto ciò che il gruppo ha considerato quindi, tiene conto dello *start-up* del processo e delle implementazioni tanto della PUA quanto dell'UVM sui singoli territori regionali, per cui si ritiene opportuno in questa fase partire iniziando da alcuni servizi di elezione attraverso cui la PUA potrebbe esprimersi, consapevoli che nel tempo, il sistema possa essere allargato ad altri servizi, strutture o funzioni.

È possibile pertanto definire la PUA come punto di raccolta ma anche di interpretazione di alcune istanze dell'utente. In tal senso, è configurabile anche in un centro di elaborazione delle politiche del territorio in grado di informare sulle direzioni assunte ("da dove proviene la domanda e quali caratteristiche ha?"), sui nuovi orientamenti possibili ("dove stiamo andando?"), sulle possibilità di intervenire su eventuali errori o per migliorare gli obiettivi.

Si evidenzia un forte richiamo alla multiprofessionalità degli interventi in ambito PUA e UVM e quindi all'avvalersi di *équipe* operative multidisciplinari che raccolgono le istanze della PUA, ma possono anche proporre o modificare gli interventi e le politiche formulate sulla base di quelli che sono i risultati concreti.

Vengono privilegiate in particolare le figure dello *psicologo* e/o dell'*assistente sociale* non solo per la competenza ad effettuare una prima valutazione della domanda (accoglienza della domanda) ma anche per la decodifica, la capacità di ascolto e l'orientamento. Si suggerisce la presenza di due assistenti sociali (uno per il Comune e uno per la AUSL) e di un *medico*. La figura di un *sociologo*, invece, è utile per le attività di monitoraggio, analisi e valutazione del bisogno, la lettura delle risorse del territorio e soprattutto per regolare e gestire il sistema informativo e della comunicazione interna ed esterna.

*“Le professionalità spesso appartengono a strutture diverse, le quali fanno riferimento a enti e sistemi di riferimento distanti tra loro dal punto di vista dello status professionale, della cultura di riferimento e dell’ottica di approccio al disagio. Il sistema dei servizi socioassistenziali e quello sanitario, in primo luogo, che, al di là delle spinte legislative nel senso dell’integrazione, rimangono ancora largamente divisi dal punto di vista culturale e operativo. Ma le stesse considerazioni valgono per il comparto pubblico e quello privato, per quello for profit e non profit, e, ancora, sul piano del ruolo: dipendenti, liberi professionisti, volontari ecc.”<sup>10</sup>*

Ovviamente una tale ingegnerizzazione richiede in via prioritaria l’attenzione degli attori istituzionali coinvolti, verso un orientamento per l’acquisizione di una cultura dell’integrazione di cui invece oggi è possibile registrare l’estraneità nella prassi, tanto dell’ente locale quanto delle strutture sanitarie.

Tali soggetti devono partire dalla consapevolezza che l’integrazione sociosanitaria è ancora da costruire. Questa via è sicuramente percorribile attraverso adeguati e periodici percorsi formativi in cui riconoscere come obiettivi primari la tensione ad integrare i comportamenti e le culture di entrambi gli enti coinvolgendo non solo gli operatori del sistema ma anche un livello medio-alto delle organizzazioni.

Sono ancora poche le persone che possiedono un quadro preciso sui contenuti dell’i.s.s. e delle funzioni garantite dalla PUA. Il livello istituzionale deve necessariamente assicurare e mettere a disposizione una serie di atti formali per tutto il sistema integrato.

Chi opera all’interno della PUA, indipendentemente dai livelli operativi, deve essere dotato di un adeguato pacchetto formativo nonché attrezzato strumentalmente (*mai un operatore deve trovarsi ignudo davanti al cittadino!*).

Strutturare un modello di PUA, richiede di configurarlo come *work in progress* affinché tutte le forme che assumerà siano il risultato di quello che gli operatori di questo sistema (a vario titolo ed a vari livelli) realizzeranno.

Un’ultima annotazione. La PUA ha significativo valore strategico nei flussi informativi che in essa si generano e che attentamente interpretati costituiscono la spina dorsale delle scelte di politica sociosanitaria. E non solo. La PUA è in grado di sostanziare le significative scelte alla base di un *bilancio sociale*, strumento sempre più diffuso per dare ragione di alcune scelte nell’organizzazione dei servizi e nella distribuzione e utilizzo delle risorse economiche ed umane.

---

<sup>10</sup> Fazzi L., Gasparre A., *Il case management*, in Bissolo G., Fazzi L. (a cura di), *Costruire l’integrazione socio sanitaria. Attori, strumenti, metodi*, Roma, Carocci 2005, p. 223-224.

### 3.7 Gli strumenti: uno zoom sul sistema informativo

#### a. La comunicazione

Occorre che il sistema riesca oltre che a dare, anche a recuperare ogni tipo di informazione. Ciò richiede come presupposto una responsabilità reciproca delle informazioni che si connota con un collegamento *a doppia mandata* tra la PUA e la rete (dal centro alla periferia e viceversa). Tale impostazione richiede inoltre che le stesse funzioni di *back-office* debbano essere riconosciute all'esterno e quindi svolte da soggetti responsabili, in grado di garantire autorevolezza al sistema ("potere di contattare direttamente"). In altre parole, i suoi operatori assurgono a regolatori della veicolazione e gestione delle informazioni.

Recentemente in una attività di ricognizione effettuata tra i servizi della AUSL di Taranto è stato possibile constatare come venga da tutti riconosciuta la decisiva rilevanza di un sistema informativo. Ciò per attestare che *senza un sistema informativo non è possibile lavorare*. Nella profonda consapevolezza di quanto affermato, ogni servizio ha finito per realizzare un proprio micro-sistema informativo fatto di *report* che veicolano le informazioni necessarie in merito al personale in servizio, ai beni di consumo necessari e naturalmente anche al numero delle prestazioni, ai *trend* in atto, alla qualità delle prestazioni. Tanti servizi, tanti piccoli sistemi informativi.

#### b. Il sistema informativo essenziale

Il sistema informativo risponde a poche elementari regole per raggiungere pochi significativi risultati. Naturalmente il presupposto su cui fonda il sistema è la informatizzazione diffusa delle segreterie dei servizi. Presso ogni servizio, un addetto curerà il flusso informativo in uscita e in entrata.

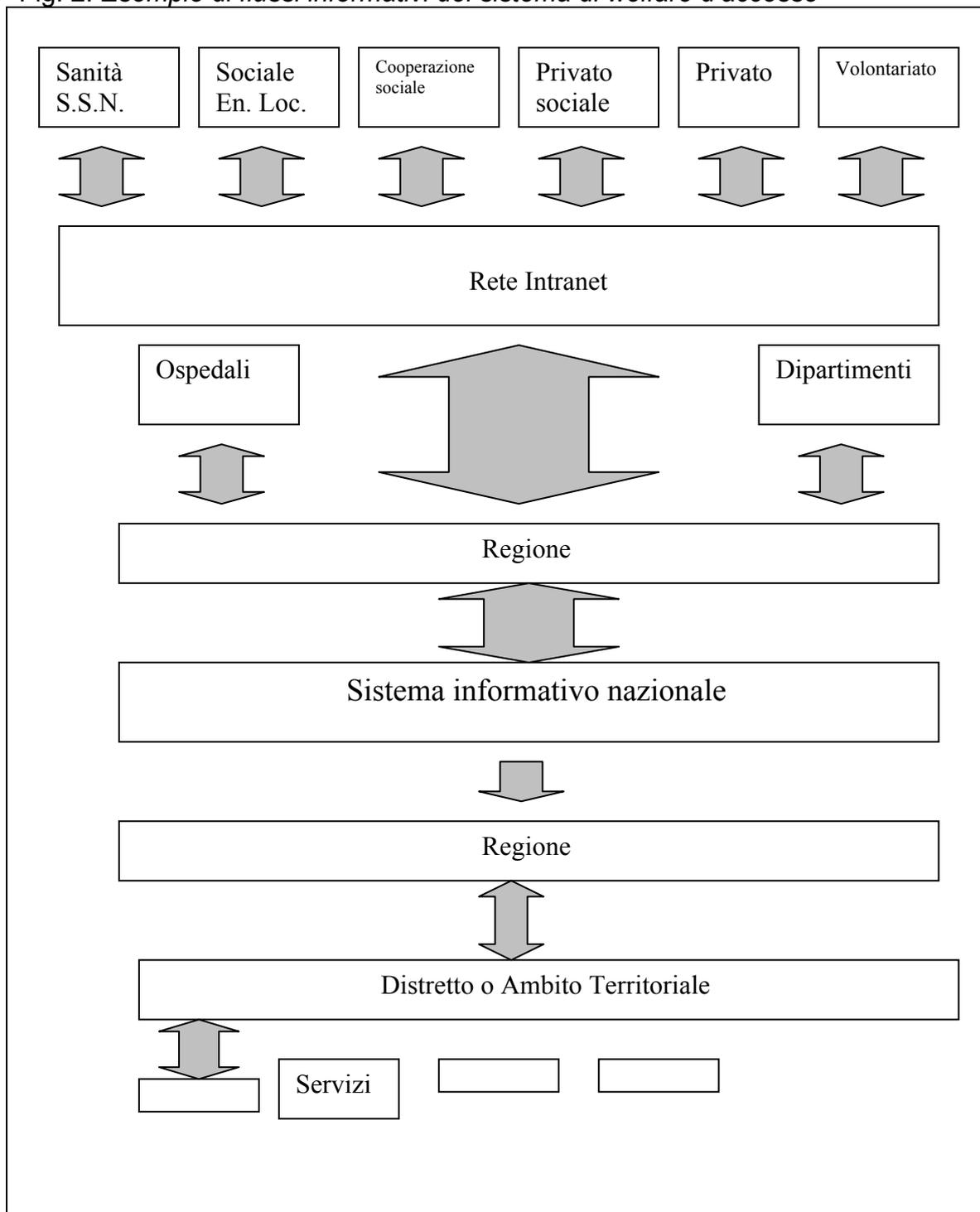
Ogni servizio della rete deve dotarsi di una sorta di *carta del servizio*. Una elencazione delle prestazioni cui è abilitato, delle potenzialità che è in grado di esprimere mediante piccole o grandi dotazioni e modifiche organizzative. I servizi privati indicheranno le prestazioni per cui sono accreditati.

Tutti dovranno indicare le prestazioni offerte che hanno ricevuto certificazione di qualità. Dello stesso documento dovranno fare parte le indicazioni circa la organizzazione complessiva del servizio nonché gli orari adottati per ogni singola prestazione. Verranno naturalmente indicati i tempi di attesa ed ogni variazione che dovesse intervenire. Questi contenuti costituiscono i dati di una pagina aggiornabile settimanalmente mentre i dati relativi alle prestazioni erogate vanno trasmesse giornalmente al livello gerarchicamente superiore mediante una rete intranet.

A livello di Distretto troviamo la figura del *regolatore di flussi informativi*. I servizi di base (i nodi) dovrebbero immettere nel sistema ogni tipo di informazione. È evidente che ciò rischierebbe di ingolfare il sistema. È questo l'ambito di intervento del regolatore dei flussi. Le informazioni in arrivo devono essere selezionate e codificate prima di essere inoltrate al livello superiore. Analogo intervento deve essere fatto con le informazioni *in caduta*. Dal livello superiore è

possibile che giungano una serie di informazioni su una serie di elementi poco congrui con l'attività del livello inferiore. Il regolatore di flussi collocherà queste informazioni in ambiti raggiungibili solo da chi ne avesse interesse. Lo schema sotto (fig. 2) è un tentativo di rappresentazione di questi flussi nell'ambito dei quali occorre annotare che elemento distintivo è a *circolarità* del sistema.

Fig. 2: Esempio di flussi informativi del sistema di welfare d'accesso



### 3.8 Considerazioni conclusive

All'interno del Laboratorio del Salento lunga è stata la decisione da prendere sul prodotto che potesse sostanziare ed essere riconoscibile al di fuori del percorso come risultato di riflessioni, interazioni, confronto e studio. Produrre un modello organizzativo ha rappresentato per il gruppo il contributo utile da fornire oltre che a sé stessi a tutti quegli addetti ai lavori che già da molto discutono sulla PUA e l'UVM. È stata formulata, dunque, un'ipotesi di modello organizzativo con la consapevolezza, innanzitutto, che *“la PUA non si definisce in sei mesi”*, e che sicuramente vada intesa più che come un luogo fisico come un processo che deve ottimizzare l'esistente e ridare ai cittadini *contenuti nuovi* all'altezza della complessità non solo delle loro problematicità ma anche dei loro orizzonti e delle loro opportunità (*sguardo comprendente*<sup>11</sup>). Soprattutto facendo attenzione che non sia l'offerta di certi sistemi a modellare la domanda ma viceversa la lettura dei contesti e delle risorse ad implementare ed organizzare le *risposte integrate*.

Il confronto, con esperienze consolidate extra-regionali, inoltre, conosciute nella loro significatività ma anche nelle loro criticità è servito a riconoscere una certa “problematicità fisiologica” nello studiare e costruire un sistema organizzativo oltre a rappresentare opportunità conoscitive di realtà da differenziare attraverso un proprio lavoro di definizione di un modello che tenga conto dei propri assetti territoriali nonché delle proprie prerogative strutturali ed istituzionali.

Infine, occorre riportare che il gruppo sta continuando tutt'oggi ad esprimersi sulle tematiche attinenti il welfare d'accesso mantenendo un contatto collettivo ed interattivo. Le discussioni ancora attive si sono spostate dalla istituzionalità degli incontri alla opportunità di confrontarsi quasi sistematicamente attraverso pratiche di governance (es. forum) operate e percepite come frutto di processi poco formalizzati, culturali e sulla necessità dell'incontro e del confronto.

---

<sup>11</sup> Cfr. Magistrati G. (a cura di), *Il futuro delle politiche sociali in Italia. Prospettive e nodi critici della legge 328/2000*, Milano, Franco Angeli, 2003.

#### 4. Laboratorio III – L’organizzazione del welfare d’accesso: strumenti e procedure di Carmine Spagnuolo

##### 4.1 Contesto territoriale e profilo del gruppo

Il progetto ha inteso coinvolgere tutti i nove ambiti sociali della provincia di Foggia, inoltrando inviti direttamente agli Uffici di piano e alle AUSL di riferimento<sup>12</sup>.

Di fatto la partecipazione ai lavori del laboratorio ha interessato quattro ambiti sociali, nello specifico: Cerignola, Manfredonia, San Marco in Lamis, Vico del Gargano, e due delle tre AUSL della provincia: l’AUSL Fg/1 e l’AUSL Fg/2.

Ambito territoriale	AUSL di appartenenza	Comune capofila	N. comuni dell’ambito
D.s.s. n. 3	AUSL Fg/2	Cerignola	6
D.s.s. n. 1	AUSL Fg/2	Manfredonia	3
D.s.s. n. 2	AUSL Fg/1	San Marco in Lamis	4
D.s.s. n. 3	AUSL Fg/3	Vico del Gargano	8

Se si esclude l’ambito di Cerignola in tutti i casi si è registrata la presenza congiunta e costante di personale dei Comuni e personale delle AUSL. Va tuttavia notata in termini numerici la maggiore presenza di operatori AUSL (7 su 12 componenti)<sup>13</sup>.

Tutti i componenti del gruppo hanno pertanto diretta esperienza del lavoro congiunto di programmazione e costruzione dei Piani di Zona in corso sul territorio provinciale.

Se da un lato questa evenienza ha comportato una serie di difficoltà in termini di sovrapposizione di impegni, dall’altro ha offerto un’opportunità significativa di confronto e interazione. Questo elemento ha infatti permesso, non solo di portare nel gruppo esperienze dirette di lavoro sul campo, ma di sperimentare una modalità di lavoro interzonale che di fatto ha permesso a tutti gli attori di confrontarsi su questioni di comune interesse, comparando esperienze diverse ed elaborando ipotesi condivise di percorsi in “presa diretta” con il lavoro in corso nei territori.

<sup>12</sup> Sulla provincia di Foggia insistono tre AUSL e nove ambiti territoriali: San Severo, San Marco in Lamis, Vico del Gargano, Manfredonia, Cerignola, Margherita di Savoia, Foggia, Lucera, Troia, per un totale complessivo di 64 comuni. Di questi solo due, Margherita di Savoia e San Severo hanno concluso la fase della programmazione, consegnando in Regione la seconda parte del PdZ.

<sup>13</sup> I componenti del gruppo di lavoro: Cristino Apollonia, D’Angelo Anna Michelina, De Cristofaro Eleonora, De Lorenzis Urbano, De Simone Addolorata, Gualano Vittoria, Imperato Maddalena, Pasqua Angela, Pastore Michela Rita, Re Filippo, Romano Angela, Soccio Angela.

## *4.2 La metodologia utilizzata*

L'intero percorso si è articolato nell'arco di quattro mesi, da luglio a novembre 2006. Durante questo periodo si sono tenuti 5 incontri a carattere plenario, di cui il primo di presentazione e l'ultimo di confronto e scambio sulle buone prassi, intrecciati a diversi momenti ed attività di lavoro per sottogruppi territoriali.

Il percorso ha previsto alcuni passaggi fondamentali che hanno riguardato sia la dimensione dei contenuti che quelle delle relazioni, o meglio della costruzione del gruppo stesso come "gruppo di lavoro".

Dal punto di vista dei contenuti si trattava innanzitutto di condividere, e in un certo senso far proprio, lo scopo assegnato al gruppo all'interno del disegno più ampio previsto dal Progetto Governance, e di conseguenza delineare una strategia d'azione a partire da alcuni punti fermi condivisi da tutti i componenti (mappa concettuale).

Dal punto di vista delle relazioni, creare e mantenere tutte le condizioni che potessero favorire un alto livello di partecipazione e coinvolgimento di ciascun componente nell'impegno assunto.

Rinviando nelle conclusioni alcune considerazioni in merito alla dimensione relazionale e alla valenza formativa, nei sottoparagrafi successivi vengono presentati e sviluppati i punti nodali oggetto di analisi e approfondimento da parte del gruppo. Su alcuni di loro si è lungamente dibattuto, mettendo a confronto ipotesi ed esperienze diverse, ma sempre riuscendo a trovare convergenze operative poi confermate anche in sede di seminario di approfondimento nel confronto con un'esperienza più avanzata quale quella dell'ambito campano N/13 - Penisola Sorrentina-Capri.

## *4.3 Il percorso di lavoro: le posizioni di partenza*

La riflessione sugli strumenti e le procedure di accesso ha preso avvio dalla discussione sul modello di accesso alle prestazioni socio-sanitarie che traspare dalle indicazioni contenute nel Piano sociale regionale (vedi Atto di indirizzo per l'attuazione del Piano Regionale delle Politiche Sociali in Puglia 2004-2006).

L'elemento cardine attorno al quale ruota tale modello è rappresentato dalla PUA (Porta Unitaria di Accesso), o meglio da una riformulazione della stessa secondo un'accezione che ne altera l'originale significato di soglia e punto di prima accoglienza della domanda, direttamente in contatto con i bisogni espressi dai cittadini-utenti, circoscrivendone la funzione a quella di "segreteria organizzativa" dell'Unità di valutazione multidimensionale, altro elemento cardine del sistema di accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate.

La PUA, secondo questa accezione, si configura come momento di raccordo funzionale tra le diverse unità periferiche (sociali e sanitarie) relativamente alle tipologie di prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata e partecipata<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Ai sensi del DPCM 14/02/2001 le prestazioni sociosanitarie oggetto di compartecipazione sono quelle nelle quali "la componente sanitaria e sociale non risultano operativamente

Non si tratta dunque di una vera e propria porta di accesso al sistema territoriale dei servizi, ma di una “porta interna” o di “secondo livello”, che finalizza le sue attività alla funzione valutativa, fungendo da collettore cui coinvolgere ogni richiesta di prestazione compartecipata al fine di consentire ed attuare un percorso assistenziale unitario ed integrato.

#### *4.4 La questione terminologica: unitarietà di accesso e non settorializzazione dell'accoglienza*

Molti dubbi e una certa confusione nel gruppo ha prodotto la terminologia utilizzata nel documento di programmazione regionale. Si è convenuto pertanto di evitare la sovrapposizione di significati e di mantenere per la PUA la sua accezione di porta di accesso unitaria alla rete dei servizi sociali e sanitari, dunque di struttura di snodo dell'offerta locale dei servizi alla persona, riservando alla funzione di snodo organizzativo interno attraverso il quale canalizzare tutte le richieste di prestazioni socio-sanitarie a gestione integrata e partecipata una denominazione più adeguata a tale funzione, quale ad esempio quella di “Ufficio socio-sanitario integrato”, presa in prestito dall'esperienza Campana.

Il primo livello d'integrazione deve pertanto situarsi già al momento dell'accoglienza della domanda dunque dell'accesso ai servizi, in modo da superare la confusione dei riferimenti che troppo spesso costringe il cittadino-utente a peregrinare da un servizio all'altro nel tentativo di riportare ad unitarietà risposte spesso parziali e discordanti provenienti dalla rete dei servizi (la famosa sindrome della pallina da ping pong).

#### *4.5 Dalla valutazione dei bisogni all'integrazione dei percorsi: il modello*

L'operazione preliminare di chiarimento terminologico ha successivamente condotto il gruppo di lavoro a ipotizzare, attraverso la ricostruzione/simulazione di un caso concreto di percorso di accesso a prestazioni socio-sanitarie, un percorso tipo che dall'accoglienza della domanda del cittadino-utente conduce all'erogazione della prestazione integrata.

In forma schematica riportiamo di seguito le fasi principali in cui è stato articolato il percorso:

- l'accesso;
- la presa in carico;
- la valutazione multidimensionale;
- la predisposizione del piano individualizzato;
- l'erogazione della prestazione.

Per ciascuna fase il gruppo di lavoro ha individuato:

1) le funzioni e i livelli organizzativi preposti al loro espletamento:

---

distinguibili” e per le quali l'entità del finanziamento è attribuita percentualmente alla competenza delle AUSL e dei Comuni (vedi allegato 1.C DPCM 29/11/2001).

Funzione	Livello organizzativo
Accesso	PUA
Presa in carico	Servizio sociale professionale comunale, UU.OO.distretto AUSL
Valutazione multidimensionale e predisposizione del piano personalizzato	Unità di valutazione multidimensionale
Erogazione della prestazione	Ente gestore del servizio-prestazione

- 2) le interazioni/aree di raccordo tra i diversi livelli organizzativi;  
3) gli strumenti e le procedure.

Per ciascun livello il gruppo di lavoro ha individuato uno specifico strumento/procedura di trattamento e trasferimento delle informazioni necessarie a garantire all'intero sistema una funzionalità adeguata allo scopo.

Raccordo funzioni	Strumento/procedura
Accesso/presa in carico	Scheda di accesso e prima segnalazione
Presa in carico/valutazione multidimensionale	Scheda proposta di accesso prestazioni socio-sanitarie integrate
Valutazione multidimensionale/erogazione delle prestazioni	Scheda di valutazione multidimensionale, piano personalizzato, autorizzazione e segnalazione avvio, scheda di monitoraggio, foglio di dimissione

Una volta condiviso lo schema generale il gruppo di lavoro si è articolato in due sottogruppi a ciascuno dei quali è stato affidato il compito di definire uno specifico strumento:

- sottogruppo A, ambiti territoriali di San Marco in Lamis e Vico del Gargano: elaborazione della scheda – proposta di accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate;
- sottogruppo B, ambiti territoriali di Manfredonia e Cerignola: elaborazione della scheda di valutazione multidimensionale e del piano socio-sanitario personalizzato.

#### 4.6 L'accesso

Sul piano organizzativo e della costruzione delle procedure di accesso e accoglienza assume un rilievo strategico l'attivazione, a livello di ambito territoriale, della Porta Unitaria di Accesso (PUA), struttura di snodo dell'offerta dei servizi alla persona, da intendersi non come nuovo servizio, quanto piuttosto come sistema articolato e coordinato dei diversi punti di accesso ed accoglienza della domanda presenti sul territorio dell'ambito: gli sportelli del segretariato sociale dei Comuni, i punti di accesso ai servizi sanitari del distretto

sanitario-AUSL, e dunque la necessità che tale livello organizzativo venga realizzato e gestito congiuntamente dai Comuni e dall'AUSL (protocollo operativo per il Sistema Integrato di Accesso-PUA).

In merito alle funzioni che la PUA dovrebbe svolgere il gruppo ha tenuto a precisare la necessità di non scindere quelle che sono le funzioni tipiche attribuite a tale organismo – informazione, orientamento, accompagnamento<sup>15</sup> – dalla prima valutazione del caso frutto di un “ascolto professionale” dei bisogni espressi dal cittadino, mantenendo tuttavia un preciso confine con quelle che sono le funzioni proprie del segretariato sociale professionale in merito alla presa in carico ed al passaggio all'attivazione dei servizi che deve risultare, in ogni caso, da una valutazione e presuppone necessariamente l'elaborazione di un progetto personalizzato.

#### *4.7 La presa in carico*

La presa in carico è una precisa competenza del servizio sociale professionale comunale o delle UU.OO. distrettuali o sovradistrettuali AUSL. Essa è effettuata secondo le modalità previste dallo specifico servizio.

In seguito alla presa in carico del cittadino-utente, qualora si ritenga che in relazione al bisogno sussistano le condizioni di multidimensionalità, complessità, compartecipazione -professionale e/o finanziaria e/o operativa - tali da trovar riscontro nella tipologia di prestazioni socio-sanitarie di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale, per le quali è prevista una compartecipazione alla spesa tra comuni e AUSL, il servizio che ha effettuato la presa in carico segnala l'esigenza di attivare la valutazione multidimensionale del caso. Tale segnalazione deve essere effettuata tramite un apposito modulo, la “scheda di proposta per l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie integrate”. Così come la richiesta di attivazione dell'UVM consegue dalla presa in carico, lo stesso strumento di segnalazione e comunicazione di tale necessità deve derivare direttamente dalla Cartella personale dell'utente. Copia della segnalazione deve essere conservata nella cartella, così come tutta la documentazione conseguente deve trovare traccia al suo interno.

#### *4.8 La valutazione multidimensionale*

La segnalazione di richiesta di accesso a prestazioni socio-sanitarie integrate (allegato 1) va rivolta all'Ufficio socio-sanitario integrato. L'Ufficio, realizzato e gestito congiuntamente da Comuni e AUSL a livello di ambito territoriale, funge da passaggio obbligato in tutti i casi di richiesta di prestazioni a gestione integrata e partecipata di tipo domiciliare, semiresidenziale e residenziale, provenienti dalla rete formale dei servizi territoriali, sanitari e sociali, per l'attivazione della valutazione multidimensionale.

L'Ufficio svolge i seguenti compiti:

---

<sup>15</sup> Cfr. Liliana Leone e Americo Iurleo, *La Porta Sociale: una buona prassi per l'accesso alla rete dei servizi, un'analisi di casi*, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali- Studio Cevas, Aprile 2004.













































































































