

1. SCENARI DI RIFERIMENTO

E' utile, nel costruire un sintetico piano di azione strategica, valevole quindi nel medio-lungo periodo, tratteggiare quelle che appaiono le principali tendenze della realtà complessa che abbiamo oggi di fronte.

Il Piano Integrato di Salute pone al centro della propria osservazione un concetto di salute più ampio di quello comunemente inteso, che è quello da tempo enunciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità: "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia e di infermità".

In questa prospettiva, che sposta l'attenzione sulla persona nella sua interezza e nella sua legittima aspirazione a poter realizzare le proprie aspettative, non si può non rilevare l'effetto negativo della crisi del modello occidentale dominante, fondato su meccanismi competitivi e trainato (a livello teorico) da un costante incremento dei consumi e della produzione.

La crisi deriva principalmente dalla sostenibilità ambientale e sociale del modello: l'uso di risorse dell'ambiente è largamente superiore alla loro rigenerazione, mentre lo sviluppo competitivo tende ad allargare il divario tra paesi ricchi e paesi poveri e, all'interno di uno stesso paese, tra classi agiate e fasce marginali.

Questo scenario è valido anche nell'ambito più strettamente sanitario, dove si registra una forbice tendenzialmente crescente nel livello di salute tra gli strati abbienti e quelli poveri della popolazione.

Il Piano Sanitario Regionale 2005-2007 indica che i sistemi socio-sanitari a carattere universalistico, nella loro generalità, stanno andando incontro a sfide di sostenibilità economica per l'effetto congiunto di tre fattori principali:

- l'aumento dei consumi sanitari dovuto all'invecchiamento progressivo della popolazione, dato che gli anziani sono i maggiori consumatori di farmaci e prestazioni;
- la tendenza a medicalizzare tutte le problematiche di salute, che potrebbero talvolta trovare migliori risposte di ordine diverso;
- l'utilizzazione crescente di tecnologie sofisticate (ed onerose) nelle pratiche mediche.

La Regione, alla luce di tale valutazione, ha approntato un disegno che vede da una parte il rafforzamento di logiche di razionalità economica (ad esempio l'integrazione verticale delle funzioni di supporto attraverso il rafforzamento dei Consorzi di Area Vasta), dall'altro lo sviluppo di processi di *governance* locale, attraverso l'attribuzione alle zone socio-sanitarie di un ruolo e di una responsabilità maggiori nella programmazione dei servizi.

Anche sul piano sistemico-organizzativo, il comparto socio-sanitario è sicuramente uno dei più complessi della pubblica amministrazione moderna. In esso sono presenti una vasta platea di attori, di diversa natura, esteso riparto di competenze, elevatissimi volumi di spesa, problematiche di governo clinico, forti interessi economici, grande attenzione dei cittadini.

In campo sociale e sanitario sono concretamente impegnati tutti i livelli dell'amministrazione pubblica: il comune singolo, che rimane l'unità di base del settore

sociale, i comuni associati tra loro, l'Azienda sanitaria, la Provincia, i Consorzi sanitari di area vasta, la Regione, lo Stato.

Anche localmente, il sistema è di tipo policentrico e pluri-istituzionale, con la presenza di organi tecnici e politici di enti diversi. Fatte salve le diverse situazioni in rapporto a contesti territoriali specifici, prima della sperimentazione della Società della Salute, in generale la zona svolgeva le proprie funzioni attraverso:

- l'articolazione zonale della Conferenza, formata dai Sindaci dei comuni appartenenti alla stessa zona socio-sanitaria (15 nella Valdera), chiamata a comporre e sintetizzare gli indirizzi locali, anche in rapporto al livello aziendale della Conferenza (tutti i Sindaci afferenti alla ASL); il collegio dei Sindaci ha svolto fino ad oggi un ruolo di rilievo soprattutto nella sfera sociale, meno in ambito sanitario;
- la Segreteria Tecnica di supporto alla Conferenza, che opera prevalentemente nel settore sociale ed è in genere un organismo di staff, privo di linee gerarchiche verso gli attuatori dei programmi;
- procedure frammentate, parziali e spesso disgiunte di programmazione sociale e sanitaria;
- forme diversificate di gestione: diretta o associata dei singoli comuni per alcuni, limitati interventi sociali (ad es. contributi economici, emergenza abitativa), delegata alla ASL per la maggior parte del settore sociale e socio-sanitario;
- coinvolgimento nella programmazione, in forme discontinue e spesso disorganiche, delle organizzazioni del Terzo Settore, quasi esclusivamente nelle materie sociali;
- significativo ricorso a forme di contratti di affidamento della gestione dei servizi a enti del Terzo Settore, con forme di individuazione del contraente disomogenee;
- avvalimento di strutture e programmi di valenza aziendale o di area vasta;
- presenza di altri attori (Provincia, Organizzazioni Sindacali, Fondazioni bancarie) con ruoli significativi ma non ben coordinati nell'insieme;
- il costante riferimento, per le scelte di programmazione (in particolare di ordine sanitario), alla Regione, detentrica delle risorse e delle leve di comando sulle aziende sanitarie.

L'introduzione della Società della Salute offre l'opportunità di risolvere gran parte delle criticità presenti nel sistema.