

Tutti sanno dell'esistenza di un piano sociosanitario nazionale e regionale. Non so quante persone sappiano dell'esistenza di un piano sociosanitario comunale (PSSC) alla cui stesura ho partecipato per cui ritengo utile riprendere alcune pagine.

Non intendo spiegare il senso di un piano, ma credo che senza un minimo di supporti teorici, programmatici ed ideali è difficile, per non dire impossibile, pensare di procedere in maniera sensata sulla strada del servizio ai cittadini. L'amministratore, il dirigente, la persona impegnata professionalmente hanno il dovere di conoscere per capire. Ritorno a sottolineare che la preparazione, la conoscenza sono strumenti irrinunciabili di un corretto operare sulla scena sociale, indispensabili a costruire fiducia e collaborazione in una comunità ed in un mondo globalizzato.

PATTO SOCIALE PER UNA NUOVA CITTADINANZA

Lo sviluppo della comunità, in cui i cittadini sono le risorse principali, rende i cittadini stessi più capaci di individuare i problemi e di avviarli a soluzione, intervenendo consapevolmente nelle scelte politiche, con gli strumenti disponibili e anche con iniziative di «cittadinanza attiva» promosse dai cittadini stessi.

Occorre pertanto sviluppare un lavoro di animazione della comunità locale creando condizioni favorevoli alla partecipazione solidale e condivisa su iniziative volte a:

- * favorire il miglioramento delle condizioni culturali, sociali, ambientali;
- * rendere più efficaci gli interventi di presa in carico e di soluzione dei problemi presenti nella comunità stessa;
- * permettere di condividere criteri di equità nella fruizione dei servizi pubblici, consentendo di intervenire più adeguatamente sulle disuguaglianze collegate a condizioni di vita sfavorevoli.

Da questi presupposti ha preso l'avvio la proposta di un percorso per la costruzione di un patto sociale per una nuova cittadinanza.

1. LE IDEE GUIDA

1.1. Il contesto

Il Piano comunale socio-sanitario brendolano (PCSS) vede la luce in un intenso momento di trasformazione dell'intero settore socio-sanitario, principalmente dovuto alla contrazione delle risorse finanziarie disponibili e al progressivo aumento della domanda di servizio legato

all'invecchiamento della popolazione. Ad un periodo di espansione dell'offerta caratterizzata da un impegno di programmazione rivolto a coordinare la crescita delle strutture e diversificare l'offerta di prestazioni, succede una fase che richiede il miglioramento dell'accessibilità dei servizi e la redistribuzione delle risorse all'interno del settore. Tutto ciò induce ad un globale ripensamento delle finalità della programmazione comunale, che deve puntare allo sviluppo qualitativo dei servizi ed alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse. Sotto questa prospettiva la trasformazione in atto si presenta come una opportunità positiva da cogliere e una sfida da affrontare. Sono infatti ormai mature le condizioni per concretizzare un modello globale di servizi socio-sanitari, come sistema di soggetti istituzionali e professionali, in un quadro integrato di responsabilità e di risorse. Una prima esigenza è quindi quella di superare i concetti negativi di sanitario e di sociale, impropriamente associati e spesso confusi con servizi settoriali e poco orientati a collaborare in vista di obiettivi comuni.

L'idea positiva di sanitario e di sociale va invece proposta per tutti i servizi, quelli strettamente sanitari e quelli più propriamente sociali, con particolare riguardo ai servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria. Questa nuova cultura si realizza quando:

- a) tutti i servizi si prefiggono obiettivi di benessere e di salute in senso globale, andando oltre la dimensione curativa o di momentaneo superamento della condizione di bisogno;
- b) la politica dei servizi per le persone marcia di pari passo con la politica economica, la politica del territorio, in una logica unitaria, volta a costruire il bene comune;
- c) tutti i cittadini, compresi gli immigrati extracomunitari che dimorano sul territorio anche se non appartenenti a stati per i quali sussista trattamento di reciprocità, hanno uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni socio-sanitarie erogate dalle strutture pubbliche, private e del privato sociale accreditate, ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale n° 9/1990 , fermo restando quanto previsto dalla vigente normativa;
- d) i livelli minimi di servizio sono definiti e resi operanti come opportunità da garantire a tutti i cittadini;
- e) le sedi in cui si effettuano le scelte di politica sanitaria e sociale coincidono con i luoghi in cui si evidenziano i bisogni ed in cui vive la comunità locale;
- f) tutti i soggetti sociali, espressivi della comunità, possono concorrere al conseguimento di obiettivi comuni, partecipando alla lettura dei bisogni, alla definizione delle priorità e al controllo dei risultati.

1.2. Una nuova cultura gestionale

L'organizzazione vigente dei servizi socio-sanitari dovrà essere rivista, per superare processi di rigida codificazione degli interventi e dei servizi che penalizzano soprattutto le persone più deboli.

Questo andamento, in una situazione congiunturale caratterizzata da forte contrazione della spesa, ha come conseguenza che la maggior parte dei bilanci degli Enti pubblici risulta vincolata da costi fissi, che rendono impraticabili forme di gestione economica per obiettivi. E' perciò necessario svincolare una parte di tali risorse per impegnarle in iniziative diverse e alternative.

Questa idea deve trasformarsi in azione tenendo conto che la prima scelta in questa direzione consiste nel rivedere i meccanismi di finanziamento, fino ad ora utilizzati, al fine di superare sperequazioni ed automatismi, che ostacolano i necessari cambiamenti.

1.3. Promuovere responsabilità e solidarietà

Il PCSS intende riorganizzare l'assetto gestionale dei servizi , introducendo nuove regole per il loro governo, responsabilizzando i centri direzionali e vincolando il loro funzionamento ad un sistema di programmazione flessibile, fondato su una valutazione sistematica del rapporto fra obiettivi, risultati e investimenti per conseguirli.

Inoltre la legge n. 142/1990 individua nel Comune il soggetto che rappresenta la comunità locale, in quanto soggetto primario, titolare della promozione del benessere dei cittadini. A partire da questo riferimento, il Piano intende riconoscere nella comunità locale non solo la destinataria degli interventi, ma anche la realtà capace di esprimere bisogni, di sviluppare risposte, di selezionare le priorità di intervento, rispettando le responsabilità attribuite dal legislatore ad ogni soggetto pubblico.

L'insieme dei diversi soggetti, istituzionali e non, nel rispetto delle specificità, ruoli e competenze di ognuno, è cointeressato e corresponsabile nell'attuazione del piano sulla base di accordi di programma che sono una condizione strumentale per meglio esprimere i doveri costituzionali di solidarietà sociale in modo collaborativo.

In questa logica la comunità locale è lo spazio privilegiato per la costruzione di salute. In essa è possibile realizzare l'incontro delle responsabilità per favorire interazione tra diversi soggetti sociali, valorizzando al meglio le risorse disponibili e aggregando risorse aggiuntive.

2. IMPOSTAZIONE E CARATTERISTICHE GENERALI DEL PIANO

L'attuale amministrazione comunale muove da un'esperienza di pianificazione, che consente di dare per acquisito un bagaglio programmatico e culturale notevole e diffuso. Nello stesso tempo, l'esistenza del Piano sociosanitario regionale e di alcuni progetti obiettivo settoriali, consente di avere già a monte una cornice programmatica da cui partire per collocare, a livello locale, obiettivi specifici, azioni e risorse. Su queste basi, con questo Piano, l'amministrazione intende avviare un processo programmatico, articolato su:

- a) assetti istituzionali nuovi;
- b) obiettivi strategici precisi;

- c) le modalità di integrazione sociale e sanitaria,;
- d) le forme di finanziamento;
- e) le modalità organizzative generali;
- f) i progetti obiettivo e i piani settoriali.

3. FINALITÀ ED OBIETTIVI DEL PIANO

Occorre operare una distinzione ed una specificazione tra finalità, obiettivi strategici ed obiettivi specifici, dedicando alla problematica una rilevante attenzione, sia sul piano tecnico che su quello politico, in quanto ciò che ci si propone di raggiungere deve essere preventivamente verificato sul piano della sua perseguibilità tecnica, della disponibilità di risorse commisurate, delle condizioni organizzative, delle possibilità di verifica puntuale successiva sul raggiungimento dei risultati attesi. Significativa l'adozione consapevole e responsabile di strumenti diversi, più flessibili ed adeguati per definire nuove regole. In primo luogo è possibile proporre la seguente distinzione e proposta di contenuti. Per quanto concerne le FINALITÀ si ritiene siano sostanzialmente valide quelle stabilite nell'articolato iniziale con qualche perfezionamento ed integrazione ed in particolare sono individuabili in:

- a) promozione e tutela della salute individuale e collettiva fisica e psichica dei singoli, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità mediante interventi finalizzati alla rimozione delle cause di nocività, di disagio e malattia, potenziando in particolare le attività di prevenzione, riabilitazione, reinserimento e garantendo altresì la continuità terapeutica ed assistenziale;
- b) erogazione di livelli uniformi di assistenza, che superino gli squilibri fra domanda e offerta di servizi socio-sanitari nelle diverse aree del territorio;
- c) realizzazione della piena integrazione programmatica ed operativa tra servizi sanitari e socio-assistenziali e tra le loro rispettive articolazioni interne;
- d) raggiungimento di una più elevata efficacia e produttività del sistema di servizi socio-sanitari, migliorando la qualità dei servizi resi e l'uso delle risorse;
- e) promozione della partecipazione e sviluppo delle diverse forme di collaborazione ed accordo tra le istituzioni pubbliche e non;
- f) valorizzazione della solidarietà organizzata e della famiglia come condizioni qualitative per una maggiore tutela della persona;
- g) contrasto e riduzione delle condizioni di rischio e di emarginazione psicosociale nella popolazione;
- h) umanizzazione dei servizi;

4. IL SISTEMA DELLE RESPONSABILITÀ

4.1. Integrazione di titolarità e risorse

La realizzazione del Piano è strettamente correlata allo sviluppo di una nuova cultura delle responsabilità, nei diversi livelli istituzionali e sociali, consapevoli che solo un deciso incontro di responsabilità può produrre condivisione, collaborazione, integrazione fra diverse titolarità e risorse. Pertanto, se si intende conferire al piano una forza attuativa che superi quella che può derivare dalla mera indicazione di obiettivi e di procedure, non si può prescindere dalla definizione di un sistema di responsabilità sul quale fondare le conseguenti scelte programmatiche.

D'altra parte, l'individuazione di criteri di fondo sui quali improntare un sistema di responsabilità deve tener conto dell'evoluzione che negli ultimi anni ha interessato il settore pubblico al suo interno e nei rapporti con quello privato.

Dalla legge di riforma delle autonomie locali alla legge sull'elezione diretta del Sindaco, dalla riforma delle ULSS alla razionalizzazione del sistema ospedaliero, dalla riforma del pubblico impiego alle leggi sulla cooperazione sociale e sul volontariato, emerge un quadro composito, nel quale si possono individuare alcuni valori comuni.

Fra questi valori comuni può essere evidenziato sia il riconoscimento di una complessità, che richiede particolare attenzione per differenziare i bisogni e valorizzare le risorse, sia il riconoscimento di un'accresciuta maturità dei soggetti sociali individuali e collettivi. Da tale riconoscimento discende l'opportunità di una più diffusa attribuzione di responsabilità, che è coerente con gli indirizzi sopra citati. In particolare, il valore della responsabilità rappresenta una chiave interpretativa di rilievo politico, gestionale e professionale per cogliere il significato della programmazione socio-sanitaria. In esso la responsabilità è intesa sia dal punto di vista della chiarezza dell'attribuzione, sia, soprattutto, da quello dell'allargamento del numero dei soggetti chiamati, a vario titolo, a collaborare per il conseguimento di suoi obiettivi. Si può anzi affermare che, sotto taluni profili, sono mature le condizioni per superare la tradizionale distinzione fra soggetti pubblici e soggetti privati. In molte realtà locali si è infatti pervenuti ad un assetto socio-istituzionale, nel quale su tale bipartizione si è innestata una configurazione più complessa. In essa, a soggetti usualmente considerati privati, viene riconosciuta anche la possibilità di partecipare alla funzione tipicamente pubblica, di definizione degli obiettivi e dei contenuti della programmazione, oltre che alla realizzazione degli stessi.

In questo modo formazioni sociali, nelle quali i cittadini si aggregano ed operano, possono dare espressione ad una soggettività di rilievo pubblico, in quanto coinvolta nel più ampio sistema delle responsabilità sociali per la promozione e la tutela delle persone. Dalle associazioni di volontariato, dalle cooperative sociali, dalla famiglia stessa, e, in alcuni casi, anche dalle imprese, nasce un

nuovo modo di intendere le responsabilità solidaristiche, che impone anche ai soggetti tradizionalmente definiti pubblici notevoli cambiamenti per meglio integrare soggettività e risorse. Ciò non significa confusione di ruoli, ma partecipazione all'esercizio di funzioni pubbliche da parte di soggetti privati, ferma restando la titolarità della funzione in capo all'ente pubblico, e in particolare al Comune e agli Enti locali, che, per dettato costituzionale e previsione legislativa, sono tenuti a decidere le priorità, ad approvare i contenuti della programmazione, a valutare i risultati, a garantire l'esigibilità dei diritti.

4.2. Soggetti istituzionali

Ogni soggetto istituzionale è titolare di funzioni che legittimano la sua esistenza, orientano la sua operatività e definiscono la natura dei rapporti che esso è chiamato a sostenere con altri soggetti, pubblici e privati. In forza di questa titolarità, gli competono funzioni di programmazione, gestione, controllo, valutazione, vigilanza e finanziamento delle attività.

L'esercizio della funzione trova di fatto espressione nell'offerta di servizi, che possono essere gestiti direttamente dall'ente o realizzati tramite rapporti collaborativi. In questi casi, la titolarità della funzione rimane comunque all'ente competente, anche se il suo esercizio può essere delegato ad altri. La Regione, le Province, il Comune, le Aziende ULSS e le Aziende ospedaliere, le II.PP.A.B. sono i soggetti pubblici ai quali, a livello locale, sono attribuite le responsabilità di provvedere, attraverso la rilevazione dei bisogni e delle risorse del territorio, alla definizione degli obiettivi della programmazione e alla verifica del loro raggiungimento, in un quadro partecipativo, garantendo:

- a) l'effettivo accesso alle prestazioni socio-sanitarie;
- b) la partecipazione alla programmazione e alla valutazione dei servizi;
- c) l'integrazione attiva fra soggetti, nel complesso sistema delle responsabilità.

L'articolo 3 della legge di riforma delle autonomie locali traccia un quadro sintetico ma compiuto del circuito programmatorio locale, nel quale il Comune - quale ente esponente del proprio territorio - collabora con la Regione nella definizione, nella specificazione e nella realizzazione della programmazione socio-economica e territoriale. Le Province esercitano le competenze assegnate dal DL 18.1.1993, convertito nella legge 18.3.1993, n. 67 in materia di interventi sociali ed educativi a favore dei ciechi, dei sordomuti e dei minori riconosciuti dalla sola madre, nonché le funzioni di coordinamento nei confronti dei Comuni previste dalla legge 8.6.1990, n. 142.

Accanto a questi soggetti istituzionali, anche gli altri enti pubblici, presenti nel territorio, sono partecipi della responsabilità relativa alla programmazione e all'attuazione del Piano. In particolare il riferimento va agli enti portatori di competenze più direttamente connesse ai settori sociali e sanitari: la Scuola, le articolazioni territoriali del Ministero del Lavoro e del Ministero di Grazia e

Giustizia, le Aziende Speciali degli Enti locali, gli Iacp, ecc. Tutto ciò nel quadro degli istituti di partecipazione e delle garanzie di trasparenza e di funzionalità procedimentale contenuti nelle leggi 142/1990 e 241/1990 e di integrazione e razionalizzazione territoriale, già presenti nel DPR n. 616/1977 e nella legge n. 833/1978.

Con le riforme attuate dai Decreti Legislativi nn. 502 e 517 e dalla legge regionale n° 56/1994, le Usl, di cui alla legge n. 833/1978, sono state trasformate, assumendo personalità giuridica, e sono state trasferite dalla sfera di competenza comunale a quella regionale, diventando enti strumentali della Regione. Nel contempo esse continuano ad essere portatrici di funzioni, nell'ambito dei servizi sociali, con rilevante contenuto sanitario, oltre che essere possibili destinatarie di deleghe gestionali da parte dei Comuni, offrendo così la duplice opportunità di: concorrere all'integrazione fra servizi sanitari e sociali e di rappresentare una dimensione territoriale adeguata per la gestione dei servizi stessi. Il processo programmatico valorizzerà i soggetti istituzionali. Tuttavia gli obiettivi di efficienza-efficacia peraltro applicati all'intero comparto sociale, suggeriscono la necessità di intraprendere un percorso di aziendalizzazione nelle modalità gestionali, che si consegue attraverso anche l'adozione del controllo di gestione, la programmazione di bilancio per obiettivi, la valutazione dei carichi di lavoro. La programmazione dovrà, quindi, tendere a fissare le dotazioni dell'offerta favorendo i processi di riconversione ed ammodernamento delle strutture e dei programmi esistenti.

4.3. Soggetti sociali

Il PCSS, nella prospettiva di sviluppare il sistema dei servizi alla persona, considera con particolare interesse gli enti morali, le organizzazioni di volontariato, le famiglie, le cooperative sociali, gli enti con finalità religiosa, le libere associazioni. Questi soggetti concorrono, in forma autonoma e in forma collaborativa, alla realizzazione di un più compiuto sistema di servizi alle persone, nella logica di una comunità solidale, che produce le condizioni per il proprio sviluppo.

In questo quadro un ruolo particolarmente efficace viene esercitato dalla **famiglia**, intesa come sede primaria di solidarietà, di cura e di promozione umana. Le istituzioni e i servizi devono guardare ad essa come a un soggetto attivo e non solo come destinataria dei servizi, in una logica di piena valorizzazione delle sue funzioni sociali. All'interno di questa logica, la distinzione fra pubblico e privato va integrata con quella fra istituzionale e sociale, comprendendo nel novero dei soggetti sociali quelli che, esercitano un ruolo pubblico, operano nel sistema dei servizi socio-sanitari e influiscono in misura significativa nella loro qualificazione. Nella categoria dei soggetti sociali vanno quindi comprese le organizzazioni prive di finalità di lucro, che operano nel sistema dei servizi socio-sanitari, quali cooperative sociali, fondazioni e associazioni riconosciute, associazioni di volontariato, famiglie. Possono anche essere compresi quei soggetti che, pur avendo finalità di

lucro, intendano collaborare con le istituzioni per realizzare gli obiettivi del Piano, contribuendo alla sua attuazione. Con una scelta coerente con i più recenti indirizzi legislativi, il Piano attribuisce a questi soggetti un ruolo strumentale nella partecipazione all'esercizio di funzioni tipiche dei soggetti istituzionali.

4.4. Rapporti tra istituzioni e formazioni sociali

Il rapporto collaborativo tra soggetti istituzionali e soggetti sociali deve rappresentare sempre più un dato costante e un metodo di azione della pubblica amministrazione. E' pertanto necessario che ogni soggetto operi nella prospettiva di compartecipare: la progettualità comune, le risorse disponibili, le responsabilità in ordine ai risultati attesi. Per muoversi in questa direzione occorre consolidare modelli operativi facilitanti la programmazione partecipata, la responsabilizzazione nella gestione, la valutazione degli interventi, nel rispetto delle diversità e delle competenze. Lo stesso privato con finalità commerciali, nella misura in cui concorre alla realizzazione di servizi di pubblico interesse, deve agire all'interno di questa logica. Nei casi in cui il rapporto tra soggetti diversi configuri una delega a gestire servizi in attuazione di una funzione istituzionale, il rapporto convenzionale deve contenere elementi tali da garantire: livelli qualitativi di prestazione; efficienza operativa; continuità delle attività; idoneità e qualificazione professionale; rispetto dei diritti e della dignità delle persone; garanzia di accessibilità; modalità di verifica correnti e finali.

5. LA STRATEGIA DELL'INTEGRAZIONE

Un piano territoriale sociosanitario deve integrarsi come da dettato regionale all'interno di un ambito territoriale preciso. La strategia dell'integrazione va intesa nella più ampia accezione di "integrazione delle politiche socio-sanitarie e di queste con quelle sociali" secondo gli obiettivi proposti dall'OMS. In un sistema, già contrassegnato da elementi di frammentazione interna, occorre evitare che la necessaria introduzione di meccanismi di maggior separazione tra domanda ed offerta, di valorizzazione delle singole prestazioni, di responsabilizzazione economica delle singole strutture ed unità operative si traduca in ulteriori tendenze alla separazione. Non solo, è ormai diffusa l'esigenza di compiere un salto di qualità all'integrazione tra politiche socio-sanitarie e politiche facenti capo ai Comuni, rifuggendo da una tendenza alla divaricazione tra Aziende ULSS e Comuni, pur all'interno delle compatibilità e distinzioni di ruoli fissate dai decreti legislativi n. 502/1992 e n. 517/1993. Per raggiungere altresì l'integrazione nella sua più ampia accezione, ovvero per conseguire l'obiettivo strategico della gestione integrata dei servizi socio-sanitari sono indispensabili due condizioni fra loro complementari dell'unitarietà degli interventi in ambito territoriale. L'integrazione è perseguita tramite due strumenti opzionali: la delega di esercizio di funzioni all'ULSS o la stipula di accordi di programma tra comuni convenzionati ed Aziende ULSS.

Strumento privilegiato per conseguire l'integrazione istituzionale ed operativa è il Piano di zona dei servizi sociali, approvato dalla Conferenza dei Sindaci, così come previsto dall'articolo 8 della legge regionale n° 56/1994.

Il Piano di zona è strumento per:

- a) l'analisi dell'evoluzione qualitativa e quantitativa dei bisogni;
- b) lo sviluppo di forme di gestione dei servizi adeguate, flessibili e creative;
- c) l'integrazione delle risorse pubbliche e private;
- d) la creazione di nuove opportunità e la produzione di risorse aggiuntive;
- e) la definizione delle prestazioni da erogare, rapportate alle responsabilità dei diversi soggetti e al quadro delle risorse rilevate.

Tale piano è elaborato dai Comuni su iniziativa del Presidente della Conferenza dei Sindaci ed è approvato dalla Conferenza stessa con il coinvolgimento di tutti gli enti pubblici interessati ed i soggetti privati operanti nel sistema dei servizi sociali. Lo stesso Sindaco o Conferenza dei Sindaci che approva il Piano di zona fornisce gli indirizzi programmatici per il Piano di Azienda ULSS: ciò consente l'esplicitazione delle problematiche relative all'integrazione tra le due programmazioni e, conseguentemente, il recepimento del Piano di Zona nel Piano generale dell'ULSS. I contenuti dello stesso, infatti, costituiscono la base su cui viene stipulato l'accordo di programma tra Comuni ed ULSS, anche tenendo conto delle convenzioni già stipulate in ambito distrettuale tra Comuni. Sarà poi l'ULSS che in sede di redazione del piano generale attuativo triennale recepirà i contenuti del piano di zona precisando, anche ai fini dell'individuazione degli oneri finanziari ed all'interno dei rispettivi livelli di assistenza, quali saranno gli interventi di propria competenza nei servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria con particolare riferimento all'area degli anziani non autosufficienti e a quella del materno-infantile. Il Direttore dei servizi sociali, sul piano tecnico-operativo, rappresenta la figura chiave di questo raccordo, non solo su entrambi i versanti delle due programmazioni, ma anche sul terreno della loro concreta attuazione dal momento che il suo mandato consiste appunto nel garantire la saldatura tecnica sull'intera materia sociale tra ULSS e Comuni, nonché con il volontariato e le altre realtà istituzionali pubbliche e private operanti sul territorio. In occasione dell'approvazione del bilancio di azienda, il Direttore generale, avvalendosi del Direttore dei servizi sociali, del Direttore sanitario, dei referenti di area di intervento specifica e i dirigenti dei distretti, e la rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, verificano lo stato di attuazione dell'accordo di programma e mettono in atto le eventuali azioni correttive annuali. La sede ove hanno luogo tutte le attività dei servizi territoriali sanitari e di assistenza sociale e quindi l'integrazione operativa delle stesse, sulla base dei contenuti e delle modalità previste dall'accordo di programma, è il distretto, quale sede di gestione, coordinamento operativo ed organizzativo di

tali servizi, giacché esso rappresenta l'ambito organizzativo, funzionale e territoriale ove si sviluppano le dinamiche di integrazione tra servizio e unità operative. Dal distretto così caratterizzato dipendono tutti i servizi operanti nel territorio, con bacino di utenza distrettuale, siano essi di tipo semi-residenziale, ambulatoriale e domiciliare. Per i servizi residenziali sanitari e sociali devono essere previste adeguate forme di collegamento e coordinamento con tutti i servizi territoriali sulla base di protocolli operativi vincolanti per tutti i soggetti (pubblici e convenzionati) presenti in un determinato ambito territoriale. A livello organizzativo metodologico l'integrazione è garantita dal responsabile di distretto, il quale fa riferimento ai referenti dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute individuati in:

- a) materno-infantile ed età evolutiva;
- b) anziani;
- c) tossicodipendenze ed alcoolismo;
- d) salute mentale;
- e) handicap.

Il PCSS potrà solo essere integrativo e di completamento a quanto già convenzionato e concordato tra Regione, Provincia, Comuni, Unità Locale Socio Sanitaria.

Il progetto sperimentale prevede l'attivazione delle seguenti iniziative:

1. La definizione del patto attraverso la condivisione fra le forze in campo di una strategia possibile per sviluppare la cittadinanza sociale.
2. La definizione del profilo della comunità locale mettendo in evidenza i percorsi e le opportunità sociali presenti sul territorio (mappa delle risorse disponibili, dei bisogni, ecc.).
3. Favorire e sviluppare la tutela e la partecipazione, intese la prima come prodotto della qualità dei servizi alla persona e la seconda come condizione necessaria per il miglioramento dei servizi stessi attraverso l'individuazione dei livelli essenziali di assistenza.
4. Adozione del patto per la cittadinanza a livello locale che contenga al suo interno impegni e programmi di miglioramento, le linee guida per la valutazione del miglioramento stesso, i contenuti dei singoli servizi.

Il progetto prevede lo sviluppo di specifiche iniziative e interventi volti ad attivare un processo di coinvolgimento dei servizi, delle istituzioni e di ogni risorsa disponibile sul territorio per definire programmi di attività in relazione fra loro che siano attivati dai soggetti della comunità stessa: il progetto si viene a configurarsi come un «patto», una strategia di sviluppo dell'organizzazione della comunità locale. E ciò tenendo conto che il termine «cittadinanza» declina diversi e

coesistenti profili di appartenenza del «cittadino», tutti importanti nel lavoro di organizzazione comunitaria.

Quattro profili sono stati oggetto di approfondimento nel corso dell'elaborazione del progetto.

- ✱ Cittadino come utilizzatore informato di beni e servizi (consumatore, cliente). Il miglioramento della sua consapevolezza determina la non sudditanza rispetto al mercato.
- ✱ Cittadino come soggetto partecipe di diritti e doveri sanciti da norme, approvate da istituzioni democratiche. Il miglioramento della sua responsabilità determina la qualità dello sviluppo democratico.
- ✱ Cittadino che si trova in condizione di bisogno o che é utente dei servizi sociali e/o sanitari. Il miglioramento della sua consapevolezza e della sua responsabilità contribuisce allo sviluppo del welfare locale e della qualità dei servizi.
- ✱ Cittadino che ha un forte senso di appartenenza nei confronti del proprio contesto di vita, che sviluppa un consapevole riconoscimento dei bisogni propri e altrui, che partecipa con responsabilità al comune impegno per soddisfarli con gli strumenti e le risorse disponibili nella comunità. E il profilo della «cittadinanza sociale», che é stato assunto come riferimento dal progetto perché comprensivo degli altri tre.

In secondo luogo, lavorare sull'organizzazione di comunità ha un rilevante impatto sulla qualità della vita individuale e collettiva. É riconosciuto (si vedano in proposito le dichiarazioni e i documenti dell'Organizzazione mondiale della sanità in tema di promozione della salute) che:

1. favorisce il miglioramento delle condizioni culturali, sociali e ambientali, contenendo la diffusione di importanti fattori di rischio riguardanti sia la salute che l'insorgenza di rilevanti patologie sociali;
2. rende più efficaci gli interventi di presa in carico e di soluzione dei problemi presenti nella comunità stessa; - permette di condividere criteri di equità nella fruizione dei servizi pubblici. Ciò consente di intervenire più profondamente nelle disuguaglianze che sono strettamente collegate a condizioni di vita sfavorevoli.

In sintonia con tali prospettive il progetto per la cittadinanza sociale é a tutti gli effetti una strategia di sviluppo dell'organizzazione della comunità. Certamente oggi non si può parlare di comunità in termini tradizionali. Lo sviluppo urbano, l'incessante moltiplicarsi delle attività economiche, la mobilità, i flussi migratori, non aiutano a preservare la solidarietà, che é la caratteristica più forte della comunità, perché esprime condivisione di valori, di relazioni, senso di appartenenza,

consapevolezza che l'unione contribuisce maggiormente al conseguimento dei cambiamenti desiderato e alla difesa dei diritti. Inoltre, le relazioni informali diventano sempre più frequenti. Le persone scelgono liberamente come e con che cosa identificarsi; la collaborazione viene data conformemente ai propri interessi. È la comunità - definita da diversi autori - senza prossimità.

Da qui il progressivo recupero nell'azione dei servizi pubblici - in particolare di quelli radicati nel territorio - della necessità di promuovere relazioni sociali in grado di dare maggiore significato alla convivenza, di sviluppare ulteriori risorse per la presa in carico di rilevanti problemi individuali e collettivi, di accrescere l'interesse e la partecipazione nei confronti degli interventi di pubblico interesse. Nel contempo è cresciuta la consapevolezza dell'esigibilità dei diritti sociali, soprattutto nel momento in cui il cittadino si avvicina come utente ai servizi pubblici perché in condizione di bisogno o difficoltà. E' chiaro, perciò, che non esiste un'unica comunità, anche se facciamo riferimento alla popolazione che vive in un contesto territoriale definito. I valori di riferimento, il sistema delle relazioni, le reciproche influenze, le attività, l'ambiente fisico, il senso di appartenenza sono differenti e in continua evoluzione. L'obiettivo è quella comunità competente capace di riconoscere i propri bisogni, di mobilitare e impiegare le risorse necessarie per soddisfarli. **«Sentirsi comunità» è un sentimento di identità** che abbisogna, per crescere, di un ambiente in cui sono presenti due tensioni:

- da una parte la qualità delle relazioni tra i soggetti (fiducia, appartenenza, vicinanza, mutualità, valorizzazione degli apporti di ciascuno),
- dall'altra la consapevolezza dei diritti e dei doveri, il riconoscimento dei bisogni, la reciproca legittimazione, la voglia di cimentarsi, di agire.

Efficacia ed equità, in questa prospettiva, sono perciò le dimensioni finali della qualità dei servizi. La prima è sostenuta dalla competenza tecnica e dall'appropriatezza delle scelte e dei comportamenti. La seconda è strettamente correlata all'economicità, all'accessibilità fisica, all'adeguatezza delle prestazioni e delle attività. È un legame condizionato enormemente dalle scelte politiche (destinazione delle risorse, priorità). È comunque tra queste due dimensioni che va ricercata un'area di equilibrio, che coincide con l'esercizio effettivo della tutela o, per meglio dire, produce tutela. Si tratta di dimensioni in cui si confrontano le relazioni tra utenti (comprese le associazioni), servizi e istituzioni, cioè tra la percezione dei problemi che hanno i primi, la competenza ed esperienza dei secondi, la capacità delle istituzioni di negoziazione partecipata (ad alto livello) e di reperimento e destinazione delle risorse. Le iniziative comprese nel progetto sul patto di cittadinanza sociale si sviluppano attorno a queste relazioni.

PROGRAMMAZIONE COMUNALE SOCIO-SANITARIA

Questo documento costituisce il primo atto di un processo di programmazione socio sanitaria che si conviene di fissare come elemento portante della pubblica amministrazione comunale, indipendentemente dagli eventi e dalle persone che saranno responsabili delle future gestioni amministrative. La decisione di adottare anche nel settore sociosanitario comunale un documento programmatico costituisce innovazione importante e strumento necessario ad un oculato uso delle risorse, ad un accettabile grado di efficienza dei servizi alle persone e alla comunità.

Il presente progetto intende definire obiettivi, individuare criteri, parametri e standard di riferimento per l'organizzazione e lo svolgimento delle attività sanitarie e sociali, individuando altresì le modalità della loro integrazione, precisando i rapporti istituzionali all'interno dell'ente locale, nonché le risorse necessarie per garantire sul territorio comunale livelli uniformi di servizi ed assistenza.

La progettazione intende affiancarsi a quanto esiste in merito alla programmazione sociosanitaria della Regionale, dell'Unità Sanitaria Locale, del distretto di competenza. Il progetto è integrativo, propositivo ed innovativo. Intende razionalizzare, coordinare e riorganizzare il quadro generale dell'assistenza sociosanitaria, delegata come responsabilità diretta ed integrata all'amministrazione comunale, ed in primis al sindaco del Comune di Brendola, come da normativa esistente ed in vigore.

La progettazione, salvo adeguamenti ed integrazioni future, potrà realizzarsi nell'arco di quattro anni ed avrà validità fino all'entrata in vigore della successiva programmazione. L'attuazione è legata ai seguenti parametri:

- ✓ organizzazione amministrativa;
- ✓ risorse finanziarie disponibili proprie e/o messe a disposizione da altri enti pubblici o privati;
- ✓ definizione dei servizi da gestire direttamente ;
- ✓ determinazione delle tipologie dei servizi da concedere in convenzione;

LE RADICI DELLE NUOVE POLITICHE SOCIALI

La realizzazione del sistema integrato sociosanitario richiede l'avvio di un profondo cambiamento culturale nella società intera ed un sistema in cui:

- il cittadino non è solo utente,

- le famiglie non sono solo portatrici di bisogni,
- la rete non si rivolge solo agli ultimi (o ai penultimi),
- l'assistenza non é solo sostegno economico,
- l'approccio non é solo riparatorio,
- il disagio non é solo economico,
- il sapere non é solo professionale,
- gli interventi sociali non sono opzionali.

Al contrario, il sistema integrato di interventi e servizi sociali deve essere progettato e realizzato a livello locale:

- promuovendo la partecipazione attiva di tutte le persone,
- incoraggiando le esperienze aggregative,
- assicurando livelli essenziali in tutte le realtà territoriali,
- potenziando i servizi alla persona,
- favorendo la diversificazione e la personalizzazione degli interventi,
- valorizzando le esperienze e le risorse esistenti,
- valorizzando le professioni sociali
- valorizzando il sapere quotidiano,
- promuovendo la progettualità verso le famiglie,
- prevedendo un sistema allargato di governo, più vicino alle persone.

In altri termini, il sistema integrato di interventi e servizi sociali si sviluppa lungo una direttrice di riforma che può essere così delineata:

1. da interventi categoriali a interventi rivolti alla persona e alle famiglie,
2. da interventi prevalentemente monetari a un insieme integrato di servizi in rete
3. da interventi disomogenei a livelli essenziali su tutto il territorio,
4. da prestazioni rigide, predefinite a prestazioni flessibili e diversificate
5. dal riconoscimento del bisogno di aiuto all'affermazione del diritto all'inserimento sociale,
6. da politiche per contrastare l'esclusione sociale a politiche per promuovere l'inclusione sociale.

FINALITA'

La programmazione persegue

- ✓ La promozione e tutela della salute individuale e collettiva fisica, psichica e sociale dei singoli, delle famiglie, dei gruppi e della comunità locale, mediante interventi finalizzati alla rimozione delle cause di nocività, di disagio e malattia, potenziando in particolare le attività di prevenzione, riabilitazione, reinserimento e garantendo la continuità terapeutica ed assistenziale;
- ✓ L'erogazione di livelli uniformi di assistenza che superino gli squilibri fra domanda ed offerta dei servizi socio-sanitari perseguendo in maniera diffusa livelli qualitativi elevati e di garanzia per i cittadini di uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni socio sanitarie erogate dalle strutture pubbliche, private e del privato sociale accreditato;
- ✓ Il miglioramento della qualità dei servizi e la razionalizzazione delle risorse;
- ✓ L'umanizzazione dei servizi con particolare riguardo all'assistenza ed ai servizi locali ai più bisognosi;
- ✓ L'integrazione operativa e programmatica tra amministrazione comunale, unità sanitaria locale e terzo settore (volontariato, enti non profit, ..);
- ✓ La qualificazione tecnico scientifica del servizio socio- sanitario con l'adozione di tecniche e conoscenze innovative sviluppate incrementando le dotazioni e la formazione del personale;
- ✓ La valorizzazione della solidarietà organizzata e della famiglia, come condizioni basilari per la tutela della persona;
- ✓ La promozione della partecipazione e dello sviluppo di diverse forme di collaborazione tra il comparto pubblico e privato;
- ✓ La tutela ed il reinserimento dei soggetti emarginati;
- ✓ La qualificazione del servizio farmaceutico;
- ✓ L'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- ✓ L'incremento della collaborazione e della partecipazione dei medici presenti nel territorio;

OBIETTIVI STRATEGICI

1. Offrire la garanzia per tutti i cittadini di uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni sociosanitarie erogate dal P.C.SS.
2. Costituire i contenuti del piano come base fondamentale per orientare le scelte e l'operatività degli organi amministrativi competenti;

3. Creare un processo programmatico e le linee guida valide nel tempo;
4. Promuovere un sistema di integrazione sociosanitaria dei servizi;
5. Iniziare una gestione unitaria dei servizi;
6. Istituire un centro unificato di servizi sociosanitari;
7. Realizzare una carta dei servizi;
8. Incentivare la prevenzione ed il contrasto all'insorgenza di uso di sostanze psicotrope ed alcool, delle tossicodipendenze in genere;
9. Ricercare la riduzione dell'istituzionalizzazione degli anziani e migliorare la qualità di vita;
10. Permettere l'inserimento e l'integrazione della popolazione extracomunitaria;
11. Tutelare l'area materno infantile e favorire la crescita dei giovani;
12. Sostenere le iniziative a favore del disagio psichico;
13. Integrare e tutelare il mondo dell'handicap;
14. Costruire un sistema di valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;
15. Istituzione di un osservatorio informatizzato;
16. Incentivare la formazione permanente degli operatori e degli utenti;
17. Favorire il terzo settore e ricercare la responsabilizzazione dei cittadini nella gestione dei servizi;

UN WELFARE IN PROFONDA TRASFORMAZIONE

Tutti paesi europei stanno vivendo un periodo di gravi difficoltà dei loro sistemi di protezione sociale; difficoltà che sono causate da fenomeni comuni di grande portata: l'invecchiamento della popolazione, le modificazioni nei modi di produzione, le trasformazioni della famiglia e nei rapporti tra i generi, la crescita rallentata dell'economia, la perdita di centralità dello stato nazione (globalizzazione e integrazione europea da un lato, spinte autonomistiche e localistiche dall'altro). In Italia, inoltre, si assiste ad una sua crescente crisi di legittimazione, a motivo di:

- ☐ un costo troppo alto (dissesto finanziario dei sistemi previdenziali);
- ☐ di una logica prevalente ancora molto risarcitoria e poco promozionale;
- ☐ della prevalenza in campo sanitario dell'assistenza ospedaliera «pesante», di tipo più curativo che preventivo, un tipo di assistenza che appare non in grado di affrontare adeguatamente i problemi posti dalla cronicità;

- di uno scarto crescente tra bisogni tutelati e bisogni associati a rischi non tradizionali e non protetti, uno scarto che é anche tra gruppi sovraprotetti e gruppi esclusi.

Ma lo stato sociale é messo in discussione anche perché - é doveroso dirlo - oggi come mai la «ricchezza» rialza la testa e può permettersi di ritornare a incolpare la «povertà» del suo essere tale. Da parecchio tempo operano concezioni, interpretazioni, ideologie che rifiutano di vedere la povertà come un prodotto sociale, che attribuiscono a fattori meramente personali le origini dell'emarginazione, che negano l'esistenza di tendenze strutturali a emarginare, con ciò assolvendo la comunità dalle sue responsabilità.

La comunità sta perdendo alcuni concetti essenziali in questo contesto ed in questo tempo. Mi riferisco, in sintesi, a

- Sacralità della vita
- Sacralità della morte
- Limite generazionale
- Idea di benessere
- Equilibrio tra diritti e doveri

La ristrutturazione del sistema è alle porte, anche se la riforma del sistema sanitario risale al 1978 e la legge quadro n.328/00 sostituisce da poco la legge Crispi del 17 luglio 1890. Oltre a ciò il sistema di protezione italiano presenta alcune peculiarità che inducono a pensare da una parte a un'esigenza di riforma che agisca più in profondità, e dall'altra all'esistenza di bisogni che sono stati troppo a lungo trascurati. La spesa totale, contrariamente a quanto molti credono, non é molto alta; é anzi inferiore alla media Ue (nel 2000 rappresenta il 24,9 del Pil contro il 27,1 della media europea). Ma l'incidenza della spesa previdenziale é senza confronti con qualsiasi altro paese europeo (71,4 della spesa totale contro il 53,5 della media Ue). Mentre le quote di spesa rivolte a tutelare la disoccupazione e le famiglie sono incomparabilmente più basse (disoccupazione 1,9 contro 7,6 medio; famiglie 3,5 contro 8,4). La spesa sanitaria complessiva pro-capite, dal canto suo, non é in Italia né alta, né bassa. Appare piuttosto perfettamente in linea con il livello di reddito. Ma la quota di spesa privata é passata in 18 anni dal 19,5 al 32% (dal 1980 al 1998). Quasi una lira ogni tre, pardon, quasi un euro ogni tre, esce direttamente dalle tasche dei cittadini, dato che nel nostro paese non c'è un sistema sviluppato di assicurazioni private. A ciò si possono aggiungere, perché meno spesso rilevate, due altre osservazioni viste da un angolo visuale particolare, quello delle famiglie con figli minori (cfr. tabella 1).

Paese	Lavoro	Da capitale	Da sicurezza sociale	Di cui da pensioni pubbliche	Pensioni private	Altri redditi	Il nostro paese é quello in cui il reddito familiare dipende dall'impegno lavorativo delle famiglie. La differenza con la Svezia é di quasi 27 punti percentuali. Le entrate derivanti da sicurezza sociale sono le più basse in assoluto, circa 1/5 di una famiglia svedese. Al loro interno più di due terzi sono derivati da pensioni.
Svezia	61,8	3,3	32,1	3,5	0,5	2,3	
Norvegia	77,6	4,6	15,6	13,8	0,3	1,9	
Finlandia	69	4	24,1	5	1,3	1,6	
Germania	85,3	3,1	10,6	12,2	0	1	
Belgio	76,5	5,2	17,5	8,2	0	0,8	
Francia	80,1	3,3	15,7	9,3	0	0,9	
Italia	88,5	3,8	6,6	71,5	0,1	1	
Olanda	78,1	2,2	18,2	4,7	0,2	1,3	
Regno U.	77,3	2,3	17,7	2,9	0,8	1,9	

Questo spiega sufficientemente perché in Italia il tasso di povertà familiare cresce al crescere del numero dei figli (dal 10 delle famiglie con un solo figlio minore al 27,2 delle famiglie con tre o più figli minori) e perché ad essere poveri siano più spesso i minori.

Queste rapide annotazioni sul welfare italiano suggeriscono che, con ogni probabilità, la concertazione nei tavoli locali avverrà all'interno di un quadro generale in forte movimento.

DALLA SANITÀ ALLA SALUTE

Proteggere la salute è un dovere che non é solo degli operatori sanitari

Una rappresentazione generale dello stato di salute di una popolazione come quella distribuita dall'Organizzazione mondiale della sanità nel 2001 mette in luce come i parametri presi in considerazione per definire lo stato di salute siano profondamente mutati negli ultimi anni. Il concetto di salute é inteso non soltanto come un'assenza di malattia, ma come uno stato di equilibrio tra diversi elementi che comprendono anche il campo delle relazioni degli esseri umani tra di loro e con l'ambiente in cui vivono. Questa profonda relazione tra più fattori permette anche di sottolineare come lo stato sanitario della popolazione di un paese moderno come l'Italia sia largamente influenzato non solo dalle attività strettamente sanitarie, ma anche dagli stili di vita. Fatte queste premesse, il compito di proteggere e promuovere la salute non può più essere concepito come un dovere solo degli operatori sanitari, ma deve diventare un patrimonio di confronto comune tra tutti gli operatori sociali e istituzionali che sono chiamati a

raffrontarsi su questa tematica. Come riportato nella prefazione dell'ex ministro Veronesi alla "Relazione sullo stato sanitario del paese 2000", la domanda di salute é qualcosa di diverso dalla domanda di sanità. Infatti, mentre la domanda di sanità risulta essere strettamente legata a competenze tecnico professionali, la domanda di salute coinvolge la comunità intera. Dall'esame di alcuni indicatori contenuti nella stessa relazione si evince che esistono nuove situazioni di rischio che vanno al di lá di quelle classicamente controllabili con interventi di tipo strettamente sanitario, come ad esempio quelli legati al fumo di sigaretta, all'abuso di alcol, ai disturbi alimentari, alle morti evitabili per incidenti domestici, sul lavoro o sulla strada. Non a caso il nuovo Piano sanitario nazionale esplicita questo concetto proprio a partire dal titolo "Dalla sanità alla salute": si passa dalla sanità concepita come atto nei confronti della singola persona colpita da una patologia all'idea di salute di una comunità che porta a un'interazione tra tutti i suoi componenti per garantire a ogni cittadino il pieno benessere fisico, psichico e sociale. Bisogna "passare dal welfare state al welfare community, da uno stato cioè che, al vertice della piramide, distribuisce assistenza e benessere, a una comunità intera che assume in prima persona la responsabilità del proprio ben d'essere". Naturalmente, mentre questo tipo di concezione sembra essere ben radicata dal punto di vista culturale, dal punto di vista organizzativo e gestionale rimane molto cammino da percorrere, soprattutto per integrare tra loro i diversi attori che sull'argomento hanno competenze e che operano sul territorio.

II NUOVO CONTESTO ISTITUZIONALE

Il quadro é in movimento anche a seguito di una serie di provvedimenti legislativi di grande rilievo che modificano la distribuzione dei poteri e configurano un diverso ruolo del settore pubblico, oltre che prevedere nuovi spazi - decisamente di maggiore responsabilità - per il volontariato e per il terzo sistema nel suo insieme. La riforma del Titolo V della Costituzione introdurrà ulteriori elementi di forte innovazione.

I provvedimenti a cui facciamo riferimento sono:

1. la riforma Bassanini (legge n. 59/97 e d.lgs n. 112/98), cui oggi vanno aggiunti quelli che saranno gli effetti della norma di riforma costituzionale sul federalismo approvata con referendum dall'elettorato e le future, ancora incerte devolution;
2. la legge di modifica (legge n. 265/99) dell'ordinamento delle autonomie locali (legge n. 142/90) - la riforma ter della sanità (d.lgs n. 229/99)
3. la legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali (legge n. 328/00)

Sottolineiamo i punti che paiono centrali per il nostro tema:

4. il ruolo centrale assegnato ai comuni nel campo delle politiche sociali;
5. l'attuazione del principio di sussidiarietà nelle sue due versioni, verticale e orizzontale, con tutte le potenzialità ma anche con i rischi che esso comporta;
6. la distinzione tra livelli essenziali e uniformi di protezione sociale-sanitaria e livelli ulteriori (o integrativi) di protezione da finanziare per altra via;
7. il concetto di sistema integrato di interventi e servizi sociali;
8. la nuova configurazione e la crescente importanza dei piani di zona all'interno di un sistema che si avvia ad essere di welfare municipale o comunitario.

*** La centralità del comune**

Questa nuova condizione acquisisce valore in relazione alla capacità dei singoli comuni di associarsi in consorzi. Il sistema locale in concreto non è una somma di servizi e prestazioni, ma un **sistema** un complesso di relazioni ed attività al servizio della persona.

Compito primario dei comuni é programmare, progettare, realizzare il sistema (integrato) locale dei servizi sociali. Prima di tutto, dunque, pensare, immaginare un complesso logico di risorse, di attori, di prestazioni, di servizi e di modalità regolative. Poi programmarne la realizzazione, definirne le modalità di funzionamento, individuare i soggetti erogatori e la parte giocata direttamente dall'ente locale nell'erogazione; verificare le condizioni perché altri soggetti possano diventare soggetti erogatori (autorizzazione e accreditamento), vigilare infine sul funzionamento del sistema, sulla qualità delle prestazioni offerte, sul grado di accessibilità e di equità negli accessi, in particolare dei soggetti più deboli.

*** Il sistema presenta due livelli di contenuti:**

1. I livelli essenziali,

scelti a livello nazionale, servono a garantire una certa uniformità sul territorio e sono individuati

sulla base di

- ✓ efficacia, intesa come la capacità di conseguire un effettivo miglioramento dello stato di salute e di benessere dell'utente;
- ✓ appropriatezza, intesa come il grado in cui un trattamento assistenziale risponde con piena efficacia e qualità, in condizioni di efficienza ottimali, ai bisogni espressi dalla persona;

- ✓ essenzialità, intesa come il grado in cui i risultati di un trattamento assistenziale appropriato rispondono all'esigenza di massimizzare l'equità distributiva delle risorse tutelando le condizioni di bisogno più acute e/o socialmente rilevanti;
- ✓ integrazione, intesa come il grado in cui i servizi e gli operatori appartenenti all'area sanitaria e sociale programmano unitariamente e realizzano in modo coordinato gli interventi che richiedono una pluralità di soggetti e di professionalità, permettendo per questa via di conseguire i risultati migliori, con il minimo dispendio di risorse e il minor disagio per la persona in stato di bisogno.

2. *Prestazioni non comprese nei LEA*

✱ Gli strumenti programmatori sono

- Il piano di zona (legge n.328/00)
- Il piano delle attività territoriali (d.lgs 299/99)
- Il patto sociale per una nuova cittadinanza

I comuni conservano, anzi assumono, un ruolo centrale nel campo delle politiche di welfare locale. Si configura un nuovo modello amministrativo: dalla gestione diretta e dall'esclusiva pubblica dei servizi verso sistemi di servizi a rete pubblico/privato. In un sistema di protezione sociale che appare fortemente ancorato alla dimensione comunitaria, locale, dei bisogni, delle risorse e delle risposte, il comune appare dunque collocato al centro, come snodo tra bisogni e risposte, ma cede parte almeno della gestione diretta in favore di soggetti privati. È l'applicazione del principio di sussidiarietà orizzontale.

C'è oggi un bisogno assoluto di condurre un'analisi approfondita dei bisogni sociali. Di solito questo aspetto viene trascurato nell'elaborazione dei piani. Per lo più non si fa e quando viene realizzato lo si fa con troppa fretta. Questa analisi non si può fare solo quando se ne ha il tempo e in modo episodico. Deve essere un processo permanente che si realizza raccogliendo opinioni degli attori, ma anche dotandosi di strutture adeguate.

Allo stesso modo c'è bisogno che il costituendo sistema locale dei servizi si doti della capacità di costruire indicatori di salute, benessere/malessere, che consentano di gettare uno sguardo un po' più rigoroso sui risultati delle azioni intraprese e dei progetti realizzati. Non riusciremo a definire livelli essenziali se non saremo capaci di identificare le azioni efficaci, perché essenziale non è solo ciò che

é più necessario, ma anche ciò che é più efficace. É di nuovo un compito che richiede l'apporto di molti, ma anche la dotazione di strumenti e strutture di tipo tecnico.

In sostanza non si dà pianificazione territoriale senza strutture permanenti di pianificazione, che devono essere create (qui il rapporto tra comuni associati e Ulss é fondamentale) e produrre informazioni pubbliche utili alla progettazione e alla valutazione del sistema. L'analisi e la riflessione sui problemi e sui disagi sociali é la condizione essenziale per poter spostare l'attenzione dalla cura alla prevenzione, dove con questo termine non si deve intendere solo la diagnosi precoce, ma l'intervento sulle determinanti della malattia e del disagio (prevenzione primaria).

Agire sulle determinanti del disagio vuol dire nel nostro paese dare il necessario risalto e rilievo al lavoro culturale.

Pensiamo, inoltre, che si debba evitare il rischio, tipico delle società che invecchiano, di dimenticare le fasce di età più giovani. La nostra società ha bisogno che si spostino risorse in favore delle giovani generazioni e delle famiglie con figli minori. La legge n. 328,(art.16), dedicato alla valorizzazione e al sostegno delle responsabilità familiari, offre numerose indicazioni in questo senso, ma questa parte corre il rischio di rimanere inapplicata. La definizione del sistema locale dei servizi deve prevedere invece una parte importante dedicata a questa linea di azione, volta a delineare programmi per il sostegno alle responsabilità familiari.

Alle spalle delle future iniziative stava questo piano sociosanitario che solo ad una lettura superficiale può sembrare un insieme di buone intenzioni, ma che costituisce una base teorica e programmatoria importantissima per il futuro. E' la base culturale che ha portato a tentare una sperimentazione unica nella Regione Veneto: solo una buona preparazione culturale può spianare la strada ad iniziative speciali.

Questi i dati di partenza



Questo è lo schema riassuntivo del percorso che si andava delineando per concretizzare l'idea.



La diapositiva in poco spazio riassume montagne di ore di discussione e trattative per giungere alla conclusione comune. Le idee quando devono tradursi in operatività devono fare i conti con tutti gli attori coinvolti. Non siamo più ai tempi dell'imperatore che disponeva ed i sudditi obbedivano. In ambito comunale bisognava necessariamente convincere gli amministratori, i medici ed i dirigenti dell'azienda sanitaria. Il protocollo composto di più pagine prevedeva una serie di impegni per le parti in causa ed era il risultato di un anno di lavoro speso a conciliare le divergenze.

In particolare notevoli erano le resistenze della segretaria comunale che si trovava coinvolta in iniziative che modificavano l'organizzazione del personale e che avrebbero comportato un ulteriore impegno. Anche il dr. Gremes ed il dr. Pistaffa, rappresentanti dell'Ulss, si erano mantenuti ai margini del progetto e senza troppo interesse per l'idea che il territorio prendesse iniziative in campo sociosanitario. La convinzione che l'assetto organizzativo aziendale funzionasse anche senza tante nuove proposte della base era un modo di pensare comune. L'apparato sembrava più rassegnato che entusiasta di quanto si stava sviluppando e tentando di creare.

Dobbiamo ricordare che una progettualità come quella che si stava mettendo in campo esulava dagli schemi noti e conosciuti dagli amministratori. Onestamente gli entusiasti erano pochi e forse motivati più dalle ricadute politiche che dalle conseguenze pratiche. La sinergia fondamentale tra il rappresentate dei medici, il sindaco e la direttrice generale dell'Ulss si riversò sui relativi dirigenti che si adeguarono alle scelte e alle motivazioni dei capi. Nel tempo ci sarà un'evoluzione positiva anche tra quanti inizialmente svolsero un ruolo burocratico di formalizzazione del progetto che si era concretizzato nel protocollo. Nel frattempo anche altre Ulss in Regione tentavano percorsi innovativi di intervento sul territorio ed in particolare il collega Marino Zenari stava contrattando con la dirigenza dell'Ulss n° 4. I termini del confronto era diversi in quanto in quel caso era stata l'iniziativa dei dirigenti a coinvolgere i medici. Nel caso di Brendola i medici erano uno degli attori ed artefici del percorso. Non si stavano copiando altre realtà, ma si tentava di costruire un progetto originale con tutta la fatica che un nuovo lavoro comporta. Non vogliamo ricordare tutti gli ostacoli burocratici, formali e concettuali superati per ottenere plauso e complimenti, ma per far comprendere la complessità dei fenomeni e delle relazioni che sono sottostanti a certe iniziative. Sottolineo il concetto di complessità e non di complicazione, che tenterò successivamente di chiarire.

Riproduco nella pagina successiva il primo atto formale di una esperienza.

N. 349 di Rep. SS.PP.

**PROTOCOLLO D'INTESA TRA L'ULSS 5 – OVEST VICENTINO,
IL COMUNE DI BRENDOLA E I MEDICI LOCALI PER IL
MIGLIORAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO DI BASE.**

Il Comune di Brendola, con gli indirizzi di governo della presente legislatura, ha preso l'impegno di attivarsi per migliorare il servizio sanitario di base, offerto dalla medicina di gruppo in loco.

Ha altresì ravvisato la necessità di migliorare i servizi sociali offerti dalla struttura comunale puntando ad una migliore qualificazione, soprattutto in ordine al prevedibile aumento di alcune fasce sociali di bisogno (anziani, handicap, disagio giovanile).

Tale indirizzo risulta peraltro in sintonia con la volontà della Direzione Generale dell'ULSS 5, che vede nel potenziamento della medicina di base, una migliore risposta alla cura e soprattutto alla prevenzione della salute della cittadinanza.

Gli obiettivi succitati sono condivisi dal gruppo dei medici di base, che tende ad offrire alla nostra Comunità un servizio sempre più in sintonia con le esigenze della medesima.

Nell'intento di ricercare una più fattiva collaborazione tra coloro che operano nel campo della sanità e del sociale, l'Amministrazione ha quindi promosso una serie di incontri, tra medici di base e Direzione Generale

Letto, sottoscritto e confermato

Arzignano, li 6 NOV. 2003 / Brendola, li 11 NOV. 2003

LE PARTI

Comune di Brendola (Mario Dal Monte)

ULSS n. 5 (Daniela Avv. Carraro)

Castegnaro Dott. Giorgio

Fantuz Dott. Vittorio

Stefani Dott.ssa Giovanna

Visonà Dott. Giuseppe

Gallo Dott. Roberto



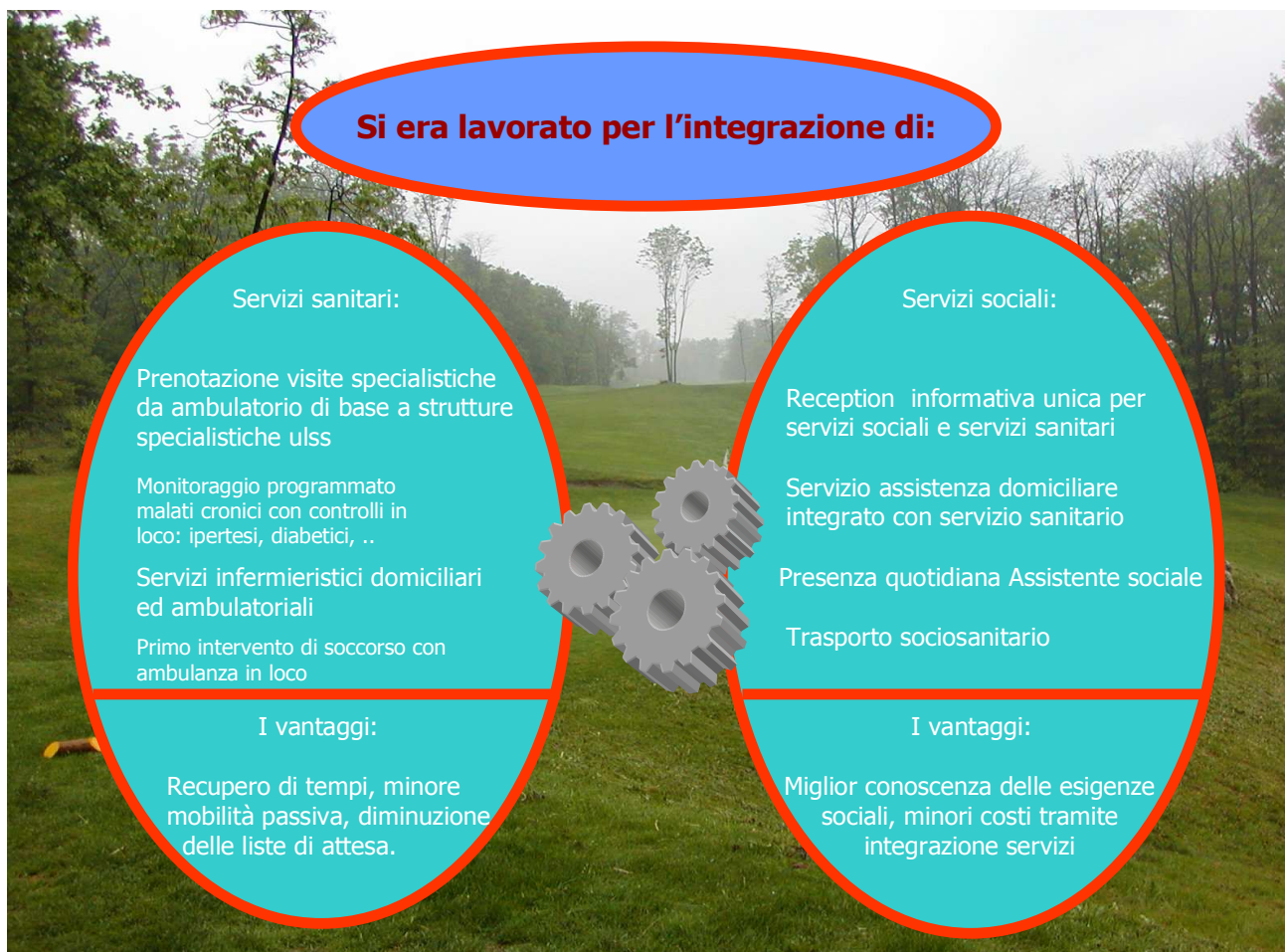
[Handwritten signatures of the representatives of the Comune di Brendola and the ULSS n. 5, corresponding to the names listed on the left.]

Passando alla parte operativa e concreta l'Amministrazione Comunale si dichiarava disponibile a ristrutturare ed adeguare lo stabile di via Sarpi entro aprile 2004 prevedendo all'interno una grande sala d'attesa, lo spazio per l'assistente sociale e tre ambulatori. I medici che avevano sottoscritto individualmente l'impegno si sarebbero costituiti in cooperativa per poter affrontare gli impegni che richiedevano una forma giuridica e l'Ulss avrebbe contribuito al nascere del servizio prelievi con un successivo accordo bilaterale con i medici di medicina generale. Il protocollo tra le parti firmato in novembre comportava ancora una montagna di incontri ed ore di lavoro per far procedere concretamente quanto stabilito. I medici dovettero affrontare il proprietario dello stabile in affitto per 4 anni e convincerlo ad accettare anticipatamente la rinuncia dei medici con un minimo riconoscimento economico, che non copriva minimamente le spese sostenute dal titolare per l'adeguamento strutturale eseguito solo due anni prima. Inoltre a dicembre del 2003 si riunirono presso lo studio del notaio Michele Colasanto per l'atto costitutivo della Cooperativa Sociale '81 Assistenza assistiti dal commercialista dr. Lovato Giuseppe. Una figura nuova ed indispensabile quella del commercialista perché la gestione del progetto richiedeva competenze che esulavano dalle normali capacità professionali dei medici. Quindi dovevano mettere in conto nuove professionalità e nuovi rapporti gestionali rispetto al precedente operare in medicina di gruppo. Ma chi e cosa poteva dare un senso a questi aspetti pratici aggiuntivi?

punti di forza del progetto

- Apertura del primo sportello UNICO SOCIO SANITARIO
- Individuazione di un unico gestore dei servizi sociosanitari
- Criteri manageriali di gestione
- Semplificazione procedurale
- Individuazione di un gestore indipendente (cooperativa sociale)
- Facilità di accesso e pari opportunità per gli utenti
- Costi definiti e precisi per l'Amministrazione Comunale
- Minor aumento di costi per economie di scala
- Personale addetto di sicura territorialità ed introdotto nella comunità locale
- Possibilità di implementazione di servizi
- Rapidità e flessibilità nella gestione

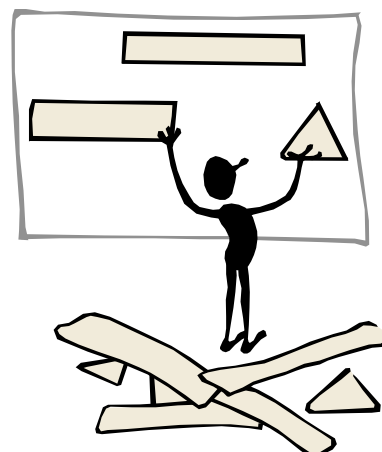
Chiaramente si possono leggere degli orientamenti manageriali ed imprenditoriali nel rispetto e nella salvaguardia di principi etici e solidali.



Perché la cooperativa sociale

- Perché poteva assumere personale direttamente
- Perché era in grado di assicurare lo scopo sociale dell'iniziativa
- Perché era uno strumento giuridico a costi agevolati
- Perché poteva gestire sociale e sanitario

LA COOPERATIVA SOCIALE HA IN ESSERE
STATUTO E REGOLAMENTO INTERNO
ISCRIZIONE REGISTRO REGIONALE COOPERATIVE
REGISTRO VERBALI
CONVENZIONI COMUNE ED ULSS
C.C. BANCARIO ED ACCANTONAMENTI (pagamenti energia gas,telefono, adsl, affitto,materiale di consumo,attrezzature ed arredi..)
CONTRATTI DEL PERSONALE (collaboratore,infermiera, assistente sociale,operatore pulizie)
COLLABORATORI INTERNI ED ESTERNI
COMMERCIALISTA (contabilità e consulenza lavoro)
ASSICURAZIONE



Anche la direttrice Carraro avv. Daniela si era convinta della bontà delle idee e della volontà di migliorare con vantaggi generalizzati per tutti. Dopo la firma del protocollo si attivò per definire il rapporto con i medici al fine di rispondere alle numerose questioni in sospeso riguardanti l'organizzazione del punto prelievi.

Rivoluzionaria risultò la concessione del collegamento telematico tra centro sociosanitario e laboratorio di analisi dell'Ospedale di Arzignano. Nessuno mai nel territorio aveva ottenuto la possibilità di sfruttare le nuove tecnologie informatiche per collegare uno studio medico di medicina generale con il sistema ULSS. La rete apriva la porta ad una serie estremamente positiva e dalle potenzialità inestimabili di nuove opportunità lavorative. Il punto prelievi senza la tecnologia di prenotazione informatica mai sarebbe stato possibile a costi sostenibili. L'informatica con questo progetto entra di prepotenza nell'attività quotidiana permettendo operazioni a distanza di facile eseguibilità e fattibilità. La rete crea in un attimo rapporti di collaborazione impensabili e opportunità di utilizzo di tecnologie in parte non sfruttate a pieno regime ed in parte non acquistabili localmente. Inoltre è estremamente facile far viaggiare dati evitando gli spostamenti delle persone per l'acquisizione degli stessi. L'informatica permette una innovazione lavorativa difficilmente immaginabile qualche anno fa. Il mondo medico, in ritardo tecnologico, viene catapultato in una nuova dimensione. Evidentemente oggi questo può sembrare normale, ma non era e non è ancora così normale nelle nostre zone. Basta uscire dal nostro Comune per vedere che tutta questa tecnologia è ancora assente dagli ambulatori medici. Basta contattare altri colleghi per capire quale ansia ed apprensione crea il parlare di server, computer, rete, intranet e internet.

**ACCORDO DI COLLABORAZIONE PER L'EFFETTUAZIONE DI PRELIEVI
AMBULATORIALI PRESSO GLI AMBULATORI DI MEDICINA DI GRUPPO
DEI MM.MM.GG. OPERANTI NEL COMUNE DI BRENDOLA**
(Dr Giuseppe Visonà, dr.ssa Giovanna Stefani, Dr Vittorio Fantuz, Dr Giorgio Castegnaro)

Al fine di dare attuazione al "Protocollo di intesa tra l'ULSS 5 - Ovest Vicentino, il Comune di Brendola e i Medici locali per il miglioramento del Servizio Sanitario di Base", nel quale l'ULSS è impegnata "con la collaborazione della medicina di gruppo locale" ad "...aprire un punto prelievi, dotato di servizio infermieristico e prelievo campioni presso la sede medica, anche mediante collegamenti telematici all'uso predisposti", recepito con deliberazione n.73 del Consiglio Comunale di reg. in data 30.09.2003 e con deliberazione del Direttore Generale dell'ULSS 5 n. 408 del 15.10.2003;
Considerato che al punto 7. del citato Protocollo si demanda ad apposita convenzione tra Medici ed ULSS l'attuazione di quanto previsto nello stesso;
Vista la disponibilità manifestata dai citati MMMMG, organizzati come "Medicina di gruppo" ai sensi dell'art. 40 del DPR 270/2000, a collaborare alla realizzazione di un progetto assistenziale avente come obiettivo il miglioramento della fruibilità delle prestazioni sanitarie, anche riducendo le difficoltà dei cittadini nell'accesso al servizio (art 45 lett. C3 - punto 5 del DPR 270/2000);

Tra l'Azienda ULSS 5 ed i MMMMG

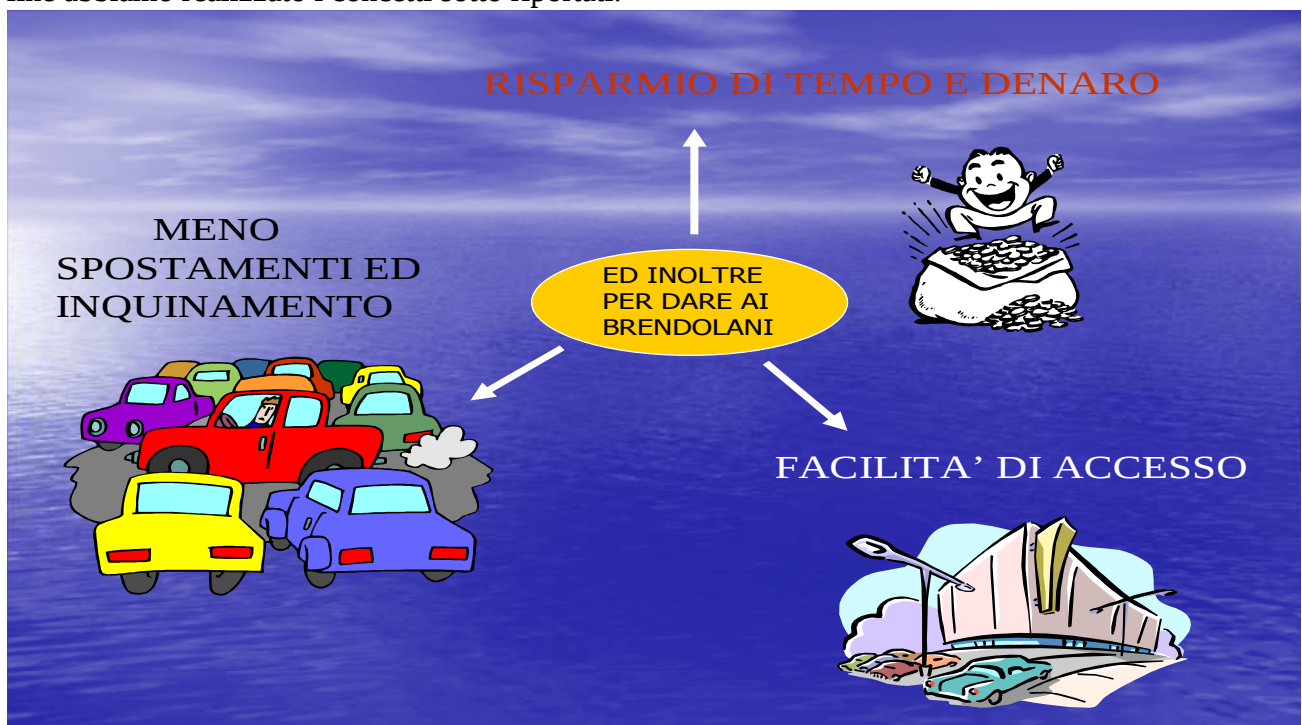
si concorda

I MMMMG si impegnano affinché vengano eseguiti prelievi venosi e raccolta di campioni biologici presso i propri ambulatori, sotto la propria responsabilità e con personale proprio, in collaborazione con il Laboratorio di analisi dell'ULSS 5 e con il Coordinamento del Responsabile U.O.C.P. dell'ULSS, con le seguenti modalità:

- Saranno effettuate n. 2 sedute settimanali, dalle 7.30 alle 9.30 di ciascun giorno, in giornate da concordare tra le parti
- Al servizio potranno accedere tutti gli utenti dei MMG facenti parte della Medicina di gruppo, del Pediatra di libera scelta operante presso gli studi associati e gli ospiti della Casa di Riposo di Brendola
- L'accesso al servizio da parte dell'utenza avverrà in modo diretto.
- Per tale scopo L'ULSS, in collaborazione con il Comune, realizza presso la sede ambulatoriale un collegamento telematico e fornisce le attrezzature necessarie all'inserimento dei dati presso il Laboratorio di analisi, nonché il materiale necessario ai prelievi.
- L'inserimento dei dati al terminale, l'effettuazione dei prelievi, la consegna dei referti, il trasporto del materiale cartaceo e del materiale biologico presso la sede indicata dal Responsabile del Laboratorio analisi sono a carico del personale fornito direttamente dai MM.MM.GG.
- la riscossione dei ticket viene effettuata dal personale fornito direttamente dai MM.MM.GG., sulla base di uno specifico accordo con il Comune di Brendola
- Tale personale provvederà inoltre all'inserimento dei dati a terminale ed al trasporto del materiale biologico dei prelievi effettuati presso la Casa di Riposo di Brendola secondo modalità concordate tra le parti

Questo accordo è datato nel tempo, nel senso che siamo ancora in fase preliminare di apertura del centro sociosanitario in quanto è sottoscritto dalle parti in aprile 2004. La nuova organizzazione pensata per un polo sociosanitario è ancora virtuale e sulla carta in quanto queste nuove visioni si devono ancora confrontare con chi e come queste belle idee saranno concretizzate e con quali costi. I medici firmando questo accordo si fanno carico di un lavoro non indifferente, basta leggere alcune righe del testo sopra riportato. Il servizio prelievi non compete né come responsabilità né come esecuzione ai medici: è un servizio a tutti gli effetti di competenza Ulss. Inviare presso il centro un'infermiera, un amministrativo, un servizio trasporto avrebbe comportato costi insostenibili ed una organizzazione impegnativa per riuscire a combinare insieme efficienza ed efficacia. Allora in maniera avventurosa si è deciso di delegare alla cooperativa appena nata di gestire i vari passaggi e le imprevedibili problematiche. Inoltre l'amministrazione comunale, che si era fatta carico della riscossione ticket, non riesce a convincere il proprio personale a svolgere il ruolo di cassiere per conto dell'Ulss. A questo punto abbiamo provato a conteggiare il tempo necessario per l'esecuzione della prenotazione, dell'incasso ticket e del prelievo su una base di 10 prelievi per seduta, per due volte la settimana, e monetizzato questo impegno in 3000 € da parte del Comune e in 1,60 € per paziente in carico all'Ulss. **E su questa base di calcolo, poi rivelatasi irrisoria, è partita la presa in carico del servizio.** Il tempo corre veloce e l'impegno di ristrutturazione preso dal Comune non si concretizza che verso la fine di ottobre 2004. Dopo aver disdetto il contratto d'affitto siamo costretti a chiedere al locatario del nostro vecchio ambulatorio di allungare i tempi della pazienza oltre aprile, fino a quando si potrà traslocare nei nuovi ambulatori del centro sociosanitario. Momenti difficili passati ancora in mezzo al guado tra vecchio e nuovo che non si concretizza. Ho trascorso mesi di corse continue tra Comune, Ulss e colleghi per mantenere i collegamenti che sembravano sul punto di saltare. E' in questo tempo che iniziano le sofferenze legate alla trattativa concreta ed alle reali dimensioni economiche dell'impegno per i vari attori. Si comincia a parlare di costi di affitto dei locali, delle spese di gestione, della remunerazione dei nuovi servizi, della divisione dei costi per gli spazi comuni. Il passaggio dalla vecchia sede di piccole dimensioni ai nuovi locali certamente più ampi globalmente parlando, ma in gran parte destinati ad una ampia sala d'attesa condivisa con i servizi sociali del Comune comporta un aumento di costi. Il sindaco riesce a farci pagare un canone di oltre 800 € per i quattro ambulatori giustificando l'alto valore del piccolo spazio utilizzato perché

avente a disposizione la sala d'attesa comune. Poi incominciano le disquisizioni sulle varie bollette gas luce e pulizie che il comune aveva precedentemente sostenuto per far funzionare i locali. Anche in questo caso, pur pensando agli obiettivi ideali, non è stato semplice trovare un accordo sulla spartizione delle competenze. Giustamente le due parti in causa cercavano in qualche modo di ridurre il costo dell'operazione; il comune per tutelare gli interessi dei cittadini, i medici per ridurre le spese inerenti la loro professione. **Parecchie persone hanno pensato e pensano che i medici abbiano avuto ed ottenuto di insediarsi nel centro sociosanitario a costo zero. Non è mai stata questa la realtà perché ogni aspetto è stato valutato, stimato e quantificato nel suo valore e di seguito distribuito tra le parti.** Ogni incontro era preceduto dalla dichiarazione di valore degli obiettivi condivisi, a cui faceva seguito una trattativa serrata sui costi e sui benefici economici che ne derivavano. Si voleva veramente giungere ad obiettivi economicamente sostenibili migliorando la qualità senza aumentare i costi globali. Desiderio e volontà ambiziosi per una sperimentazione innovativa ed originale. Siamo abituati a pensare a finanziamenti consistenti per nuovi progetti e nuove iniziative, ma in questo caso si è fatta di necessità virtù giungendo ad un compromesso che non fosse eccessivamente penalizzante per nessuna delle parti. Tutta questa trattativa doveva fare i conti con la lentezza della macchina burocratica comunale che per quanto riguarda la valutazione degli aspetti formali è decisamente pignola e dettagliata. Certamente il mix di pubblico e privato era abbastanza esplosivo e intricato. Solo la resistenza fisica e psichica poteva garantire la continuità della trattativa. Era uno scontro continuo tra logica protezionistica e iniziativa manageriale con una marea di vincoli e divieti. Pensate che tutto il progetto rischiava di saltare perché la segretaria comunale non accettava che una sua dipendente potesse incassare il ticket per conto dell'Ulss. Alla fine il problema è stato risolto quantificando in maniera sommaria il costo orario dell'operazione e trasferendo l'incarico alla cooperativa che avrebbe provveduto attraverso il suo personale. Ma alla fine abbiamo realizzato i concetti sotto riportati.



Riunioni, riunioni era la parola d'ordine in ogni momento nella pausa pranzo, nell'intervallo tra l'ambulatorio e le visite domiciliari, in qualsiasi ritaglio di tempo. Tale ritmo aveva stroncato la maggior parte dei partecipanti per cui alla fine il confronto si era ridotto a tre persone: la segretaria, il sindaco ed il sottoscritto. Eravamo passati dall'incontri assembleari iniziali con la partecipazione dei consiglieri comunali, degli amministratori Ulss, di tutti i medici e di numerosi dipendenti comunali al nucleo finale di tre persone. **La segretaria comunale era la rappresentante della macchina amministrativa che come funzione svolgeva il ruolo di ostacolo e freno con la**

classica frase “ non possiamo, il regolamento dice, dovete per forza..” E’ proprio difficile introdurre movimento e cambiamento negli schemi dei dipendenti pubblici che si collocano nel quadro dei garanti dello status quo, della stabilità, dei garantisti dell’organizzazione, del mantenimento dell’ordine costituito. Il sindaco interveniva spesso per richiamare la validità del progetto per cui non si doveva perdere troppo tempo in divergenze e discussioni di poco conto rispetto alla sostanza delle cose che, se realizzate, avrebbe comportato enormi vantaggi per tutti. La sua determinazione alla fine portava a compromessi accettabili per tutti. Proprio in quei momenti ho smesso di coltivare l’ipotesi di un impegno in politica constatando che le buone idee devono sempre fare i conti con un apparato che sopravvive ad ogni politica innovativa e logora anche i più bene intenzionati. Ho scoperto che esistono una miriade di interpretazioni delle norme e dei regolamenti che permettono di giungere a qualsiasi conclusione. Allora questa organizzazione è fatta per mantenere il proprio impianto e la propria sopravvivenza a qualsiasi politico di turno. Infatti ricordo che tanti anni fa qualcuno un po’ arrabbiato ebbe a dire: “sindaco Lei rimane per quattro anni, noi molto più a lungo”. Comunque alla fine si riuscì a stendere una convenzione tra Comune e Cooperativa sociale accettabile e in grado di far partire la sperimentazione con soddisfazione di tutti. Rimanevano in sospeso la tempistica e il termine dei lavori di ristrutturazione. Era logico quindi prevedere un periodo di prova di sei mesi della convenzione prima di passare a regime stabile di tre anni di contratto. La maratona si è conclusa con un passaggio in consiglio comunale con l’approvazione all’unanimità perché il progetto era veramente positivo ed utile. Il 30 ottobre 2004 i medici effettuano il trasloco. E’ questo fatto un’esperienza comune a tanta gente, ma comporta inevitabilmente imprevisti e disguidi con la scoperta di una montagna di cose inutili da eliminare. I medici avevano programmato in anticipo la disposizione degli ambulatori e la dislocazione degli arredamenti. Sempre nello stesso mese avevano contattato l’infermiera Cristina Pretto, occupata presso la casa di riposo S. Bertilla per una proposta di lavoro. Il collega Giorgio, responsabile medico della casa di riposo, aveva avuto l’opportunità di conoscerla ed apprezzarla per la sua professionalità, per le sue qualità umane ed aveva avanzato la proposta. Dobbiamo dire ad onore della verità che più di qualcuno aveva consigliato alla ragazza di non rischiare di perdere l’occupazione sicura per un lavoro che avrebbe potuto durare poco. Sì, le novità spaventano e quindi meglio aspettare e guardare se le cose funzionano. A volte però la fortuna aiutata gli audaci ed aver avuto a disposizione un’infermiera come Cristina è stato provvidenziale. Ed ora finalmente



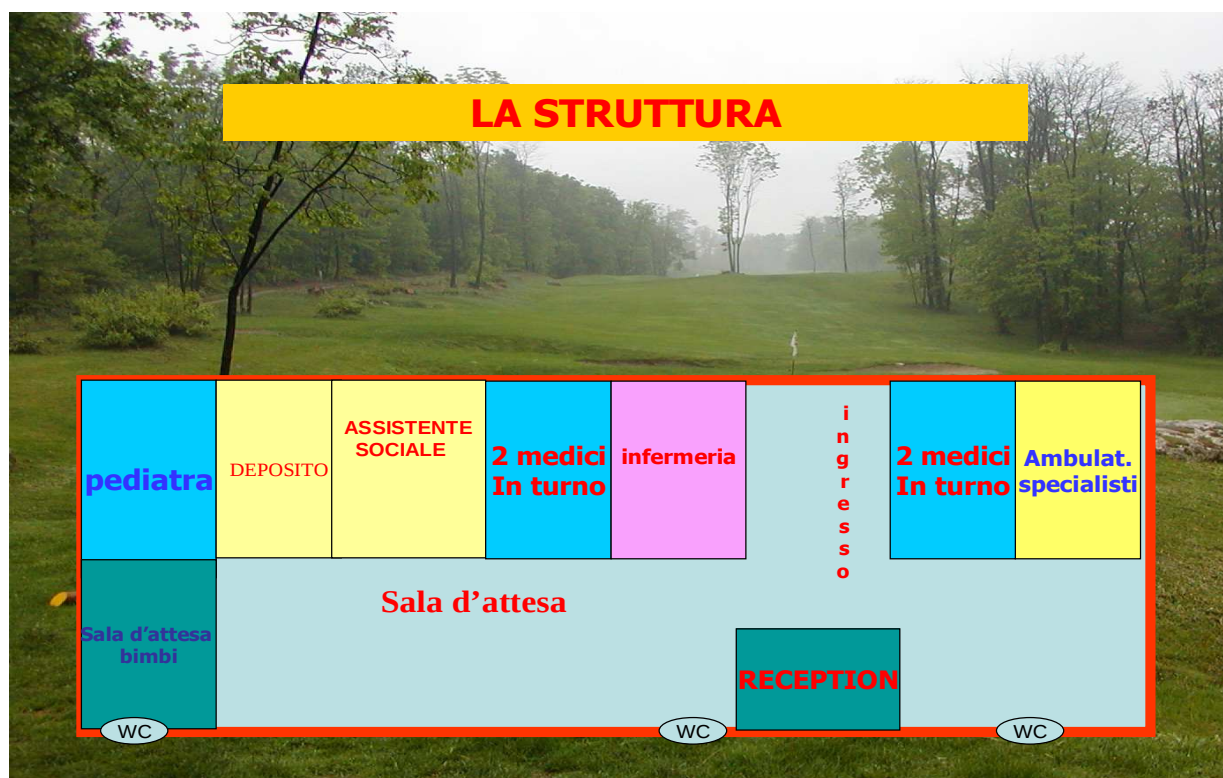
NOVEMBRE 2004

INAUGURAZIONE

Nello stesso stabile medicina di gruppo in affitto con rete informatica dell’Ulss e servizi sociali comunali, ma ancora nessuna integrazione: Ognuno per sé.

il giorno 1 novembre arriva l'inaugurazione alla presenza di numerose autorità e cittadini. Le cerimonie sono sempre un momento piacevole e riescono a far dimenticare le fatiche e le difficoltà. Finalmente si parte e si annunciano pubblicamente gli intenti, si ringraziano tutti.

Il giorno successivo aprono gli ambulatori e regna naturalmente la confusione dal momento che non tutti gli utenti sono a conoscenza del cambio e dei nuovi orari di lavoro dei medici. La nostra infermiera è sperduta all'interno della struttura e già incombe l'obbligo, la necessità di dislocarla presso il laboratorio di Arzignano per un corso di apprendimento sulle modalità di prenotazione e stampa dei referti. Un periodo di formazione previsto e necessario che Cristina accetta senza problemi spostandosi a sue spese e con mezzo proprio. La ragazza è brava ed impara velocemente realizzando una competenza in breve tempo, che applica immediatamente nel centro di Brendola. Neanche il tempo di iniziare che già abbiamo il problema del materiale necessario come provette, aghi, cotone e disinfettante. Corse continue presso la farmacia ospedaliera di Montecchio Maggiore e presso il distretto di Lonigo perché gli aghi vengono consegnati da una parte ed il resto del materiale da un'altra. Incredibile, ma vero. Ad un certo punto, dopo mille colloqui con i vari responsabili riusciamo ad ottenere che la fornitura venga fatta in un unico luogo; purtroppo questo avviene in un giorno diverso dagli orari di consegna del sangue e dei materiali biologici per cui è necessario un viaggio aggiuntivo. Naturalmente le corse settimanali di Cristina ad Arzignano per consegnare soldi del ticket e sangue erano il lunedì e il venerdì, mentre il materiale si ritirava il giovedì. Ad un certo punto i prelievi aumentano di numero e non abbiamo provette a sufficienza perché non sanno dove collocarci come centro di costo. Non rimase che presentarsi al magazzino del punto prelievi dell'Ospedale di Montecchio Maggiore dichiarando, falsamente, che il primario ci aveva autorizzati al ritiro di due scatoloni di provette che ci permettevano 40 giorni di sopravvivenza. A quel punto solo la minaccia di chiudere tutto provocò la presa di coscienza che non si poteva svolgere un servizio senza rifornimento ordinato e regolare di materiale. Fummo aggregati al punto prelievi di Arzignano e si cominciò a ritirare le ordinazioni fatte via fax ritornando dal laboratorio dell'Ospedale. Una grossa conquista, ma siamo già nei primi mesi del 2005. La grande idea si stava costruendo non certo per le dichiarazioni di intenti iniziali, ma per il lavoro e la buona volontà degli operatori sul campo. Possiamo affermare che l'apprezzato punto prelievi nel giro di pochi mesi per merito di Cristina funzionava veramente bene sia per la sua professionalità che per le sue doti di disponibilità, gentilezza ed umanità. Come non ricordare l'invenzione del diploma o l'offerta di una caramella per i piccini che affluivano al punto prelievi.



Non avevamo ancora presentato la disposizione dell'edificio e la divisione degli spazi interni, che come potete vedere erano parzialmente occupati dalla medicina di gruppo e dai servizi sociali in carico al Comune. **Alla reception il bancone era vuoto** e tanta gente aveva difficoltà a muoversi all'interno alla ricerca del medico, dell'infermiera e dell'assistente sociale. Certo le targhe segnaletiche fissate ai muri segnalavano gli uffici o gli ambulatori ed esistevano tanti numeri telefonici a cui rivolgersi, ma la percezione di tutti era che al bancone d'ingresso dovesse esserci una persona in grado di dare risposte ed indicazioni. L'amministrativo del Comune era chiuso all'interno del suo ufficio e di conseguenza non poteva ricoprire tale ruolo. Inoltre la dirigenza amministrativa non contemplava minimamente tale mansioni per il personale comunale.

Il percorso di costruzione di un buon servizio non poteva considerarsi terminato e le osservazioni sulle necessità espresse erano condivise dal Sindaco. Andava dicendo continuamente: "la gente quando esce deve aver trovato tutto quello che cerca, deve poter prenotare le visite specialistiche, deve poter parlare con l'assistente sociale". Sapeva benissimo che questo desiderio sarebbe rimasto un sogno o di difficile realizzazione fino al momento che a gestire il luogo fossero rimaste due entità diverse e con approcci diversi. Sapeva benissimo che i tempi della macchina comunale avrebbero richiesto anni ed anni per ottimizzare la situazione e forse non possedeva quei requisiti necessari per farlo a costi accettabili. Inizia quindi il pressing sulla cooperativa sociale 81 assistenza perché si faccia carico di dare delle risposte e delle soluzioni. Dopo aver quantificato il costo del proprio personale per mantenere aperto il servizio sociale propose di trasferire la stessa cifra alla cooperativa sociale 81 assistenza, se quest'ultima si fosse fatta carico di un progetto migliorativo e funzionale.



Il punto di partenza era rappresentato

dalla volontà dell'amministrazione comunale di ESTERNARE IL SERVIZIO SOCIALE rappresentato da un'assistente sociale presente per 12 ore settimanali a contratto libero professionale con un continuo turnover e da un'impiegata amministrativa per 18 ore settimanali che operavano all'interno del centro.

CON I SEGUENTI OBIETTIVI:

REALIZZARE L'INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA
FORNIRE PARI OPPORTUNITA'
GARANTIRE CONTINUITA' OPERATIVA E FUNZIONALE
FAVORIRE LA PRESA IN CARICO GLOBALE DELLA PERSONA

Era una proposta interessante ed altamente impegnativa, ma che suscitava parecchie perplessità a causa dell'estenuante trattativa appena terminata per l'attivazione del centro. Si inseriva a pieno titolo nella direzione dei principi enunciati qualche anno prima e condivisi da tutti. Tanta era stata la fatica ed il logoramento nei numerosi incontri svolti che decidere di riprendere il confronto provocava un senso di repulsione e di rifiuto. Ma il tempo aiuta a dimenticare e qualche avvenimento nuovo fa passare in secondo piano il ricordo. Nell'ottobre del 2005 il Comune partecipa a Rovigo ad un concorso di progetti innovativi in ambito amministrativo. **La presentazione in quella sede del polo sociosanitario sostenuto e messo in atto in collaborazione con i medici viene premiato e riconosciuto come cambiamento significativo.** Questo episodio sarà occasione di rilancio e di nuovo entusiasmo per tutti gli attori coinvolti.

La cooperativa ripensa agli

ELEMENTI BASILARI DEL NOSTRO PROGETTO



Inoltre la cooperativa sociale 81 assistenza ricorda di aver adottato come modello operativo

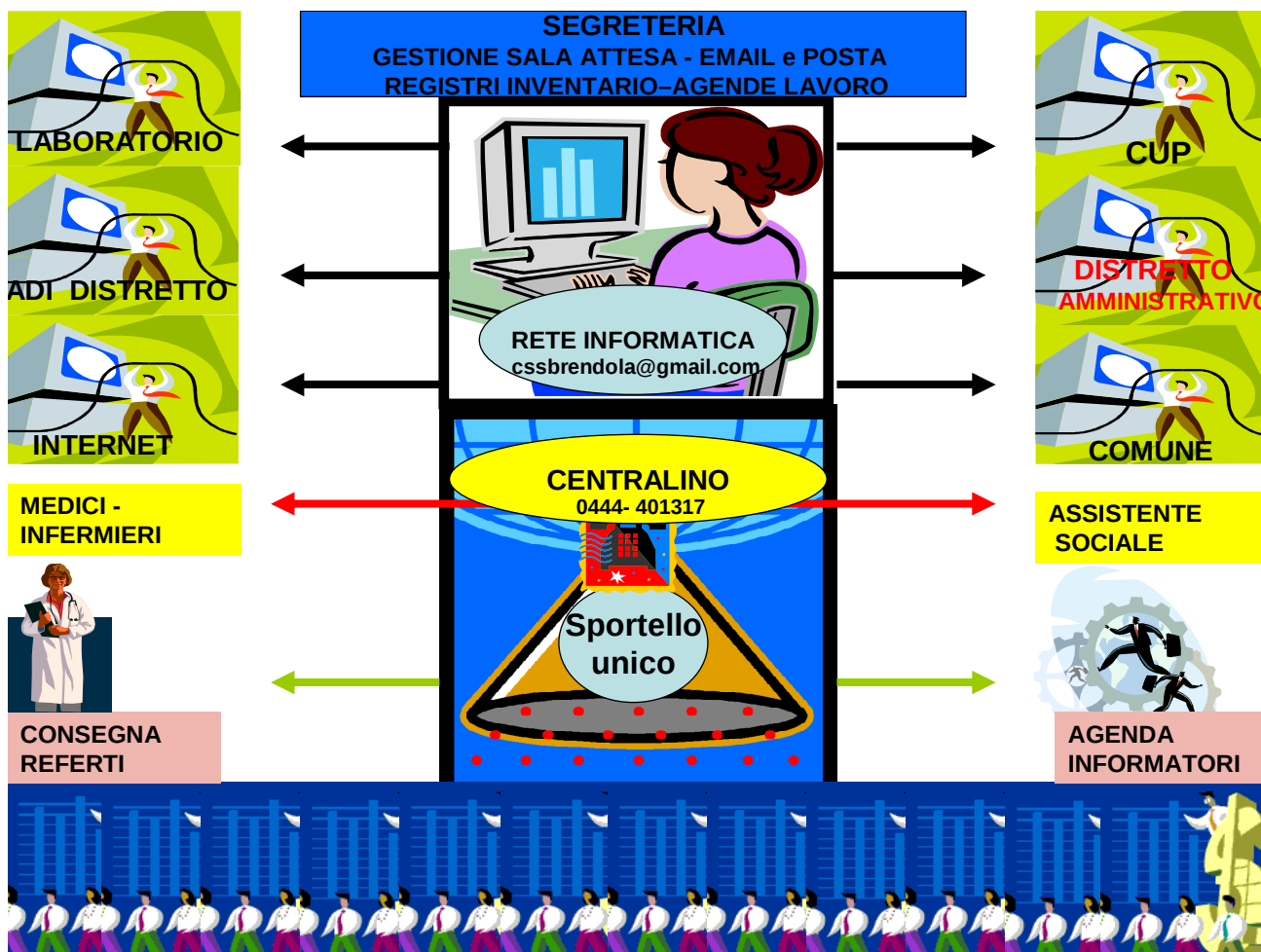


Verso la fine dell'anno 2005 riprendono i colloqui ed i contatti tra le parti nel tentativo di tradurre in pratica l'integrazione sociosanitaria affidando ad un unico gestore il sanitario ed il sociale. Il clima era leggermente cambiato anche in seguito ai buoni risultati raggiunti e alla dimostrazione che la nuova struttura dava i suoi frutti concreti. I cittadini brendolani erano entusiasti della reale utilità del punto prelievi che aveva tolto l'incubo del passaggio obbligato alla rotatoria autostradale per raggiungere i servizi dislocati a Montecchio ed Arzignano. Sembrava impossibile ottenere prelievo e stampa referti in casa senza spostamenti ed attese. L'iniziativa aveva sorpreso anche gli abitanti dei comuni limitrofi che chiedevano di poter usufruire delle stesse opportunità od almeno di poter accedere al nostro centro. Inoltre anche la stampa locale aveva dato ampio spazio al progetto con

articoli ed interviste. Certamente il risultato era la conseguenza di tante sinergie, ma l'attuazione pratica era stata opera dei medici attraverso la cooperativa.

Riparte la seconda ondata di incontri e colloqui per concretizzare l'idea di esternalizzazione dei servizi sociali. L'atteggiamento delle parti è diverso e nello stesso tempo equivalente in quanto si torna ad enunciare una serie di finalità e scopi comuni e condivisi. La posizione del sindaco è decisamente a favore all'orientamento della presa in carico da parte della cooperativa dei servizi sociali. La cooperativa 81 assistenza dimostra delle perplessità legate ai numerosi vincoli ed regolamenti tipici della macchina burocratica comunale. Inoltre l'ufficio dedicato al sociale è in condizioni di disordine totale e con un quadro lavorativo non ben definito. La discussione si svolge in termini vaghi ed incerti proprio a causa della mancanza di dati e competenze definite e chiare. Per poter proseguire nella trattativa diventa obbligatorio ragionare su impegni precisi e quantificare il carico di lavoro reale. La nostra richiesta costringe di conseguenza l'ufficio sociale a codificare e catalogare gli interventi effettuati. **Nessuno fino a questo momento all'interno dell'amministrazione aveva le dimensioni precise e le idee chiare sull'attività in essere.** Ne consegue la prima bozza di definizione di un capitolato in carico all'ufficio e la comparsa della prima carta dei servizi svolti. Questa traccia diventa il tema del contendere nel senso che all'interno della stessa compaiono impegni mai svolti e solo nominali che servono però a rivalutare l'importanza del servizio e a pesare sulla trattativa. Diventa importante quindi che i subentranti in tale servizio dimostrino di poter fare le stesse cose e in modo migliore per poter giustificare un passaggio di consegne. Più si dimostra la competenza ed abilità in essere del servizio più difficile diventa fare proposte migliorative: questo il messaggio inviato. La cooperativa riesce a proporre con lo stesso impegno di spesa in carico all'amministrazione, come richiesto dal sindaco Dal Monte, a fare un'offerta interessante. **In sintesi a parità di spesa per il personale sostenuto per l'ufficio dichiara di riuscire a svolgere il capitolato concordato ed inoltre assicurare la presenza di un'assistente sociale per un tempo doppio rispetto alla situazione consolidata, vale a dire dalle 12 ore a contratto libero professionale dell'assistente sociale dr. Orianno Bacchin alle 24 ore settimanali della nuova assistente sociale. Oltre a svolgere l'attività precedente come da capitolato aggiunge come evento migliorativo la disponibilità ad attivare un centro prenotazione di visite specialistiche utilizzando un collaboratore di studio.** La richiesta era un punto fisso e più volte ribadito dal sindaco Dal Monte Mario. Nel continuo correre tra un colloquio ed un incontro si trovò anche il tempo per interpellare la dirigenza dell'Ulss in merito al punto prenotazioni. Sembra facile attivare un servizio, ma in realtà non bastano la disponibilità e la buona volontà, servono anche una serie di autorizzazioni e permessi. **Le prime parole in sede Ulss furono del tipo: "possiamo parlarne a condizioni che non servano soldi; noi, come Ulss, il massimo che possiamo fare è darvi la possibilità di accesso". A questo punto la trattativa poteva considerarsi conclusa nel senso che una considerazione normale avrebbe portato a dire: "non capisco perché io privato dovrei fare un servizio pubblico a vantaggio degli utenti caricandomi il peso ed il costo".** Ma la profonda convinzione che l'utilità ed il vantaggio per i cittadini di un progetto si può realizzare solo con l'impegno e l'invenzione di formule originali e nuove fece proseguire l'iter della trattativa.

Nell'ambito della trattativa si riuscì ad ottenere la possibilità di collocare in posizione diversa la postazione di lavoro dell'amministrativo in modo da riuscire ad ottimizzare i tempi e l'organizzazione del lavoro. Questa mobilità fisica ha comportato una diversa organizzazione evitando di confinare all'interno di una stanza assistente sociale ed amministrativo in un mondo isolato e senza contatti con il resto della struttura. La nostra proposta infatti era orientata a posizionare sul bancone d'entrata una serie di servizi alla gente in maniera diretta. **Un front office in grado di prenotare, raccogliere richieste, consegnare e ritirare documenti e moduli. Un servizio di centralino telefonico, un servizio segreteria, un servizio informativo; un punto nevralgico di gestione del centro sociosanitario.** Il tanto declamato sportello unico diventava una realtà: un luogo in cui potevi trovare tutto il possibile dalla modulistica, alla consegna e ritiro di qualsiasi pratica, dal suggerimento alla prenotazione. Un ruolo ed un mansionario fuori dagli schemi.



Questa la nostra proposta innovativa rispetto al servizio esistente allo stesso costo del servizio precedente in carico all'amministrazione. Non poteva che finire ...

con una deliberazione di Consiglio comunale n. 23 del 16.3.2006 con oggetto "Affidamento Servizi sociali alla Cooperativa 81 Assistenza" si affidava alla Cooperativa 81 la gestione dei servizi sociali di competenza del Comune e si fissava la durata della Convenzione, "di natura sperimentale", in mesi 12 a decorrere dal 01.04.2006;

In seguito agli accordi precedenti si realizzava un altro passo verso la realizzazione del centro. Il nuovo corso si concretizza in aprile 2006 quando nel bancone d'entrata compare il collaboratore di studio e nell'ufficio si insedia la nuova assistente sociale. **Entrambi vengono assunti dalla cooperativa sociale 81 assistenza** per svolgere tutte quelle mansioni frutto di mesi di trattative con l'amministrazione ed in parte con la direttrice avv. Daniela Carraro. **Inoltre il punto prelievi passa da due a tre appuntamenti settimanali in seguito all'accordo tra Amministrazione Comunale e la Sogit che si impegna a trasportare i materiali biologici al laboratorio di Arzignano.** E' l'entusiasmo a fare avanzare il progetto e non la contabilità. Infatti si erano calcolati circa 1000/1300 prelievi all'anno in realtà sono già oltre 2340 nel 2006. Di conseguenza il rimborso forfetario di 3000€ da parte dell'amministrazione comunale è un riconoscimento simbolico. E' un periodo di fervore e di novità per tutti, ma i risultati sono ottimi con soddisfazione generale. Qui devo spendere due parole a favore della SOGIT.



Il gruppo di volontari SOGIT impegnato gratuitamente nel trasporto del sangue e dei materiali biologici: Strapazzon, Maran, Cenghialta, Calgarotto, Maran, Viale ed altri assenti dalla foto.

La nascita della Sogit favorisce un ulteriore ampliamento dei servizi in quanto la disponibilità di volontari per il trasporto permette di aumentare i giorni di prelievi ad opera della Cristina. La cooperativa si fa carico di un appuntamento di prelievo anche al mercoledì vista l'opportunità di trasporto offerta dalla Sogit. Il costo dell'ampliamento del servizio è di un contributo di circa 500 € annui a favore della Sogit e senza ulteriori adeguamenti alla cooperativa. Uno scambio di impegni a favore della popolazione: nessuna speculazione della Sogit e della cooperativa sociale 81 assistenza. Questa condivisione di impegno sociale è durata fino al giorno in cui scrivo, dal momento che l'attuale amministrazione ha deciso di interrompere il rapporto di collaborazione con la Sogit affidando il servizio di trasporto sangue e materiali biologici all'Ulss n° 5. Niente è cambiato dal

punto di vista pratico, ma si è conclusa una fase di comuni orientamenti che vedevano gli abitanti di Brendola corresponsabili del servizio. Si è perduto l'apporto inestimabile del volontariato al funzionamento del centro sociosanitario. Ritengo questa operazione di dubbia utilità economica e sicuramente un danno al patrimonio sociale del paese e della comunità. Escludere il volontariato è sempre un'operazione sbagliata anche se le intenzioni possono essere giustificate dall'efficienza. Il costo economico dei volontari è sempre inferiore a quello che può pffrire il mercato. In ogni caso esistevano mille opportunità e soluzioni accettabili alternative. Ma questa è storia dei nostri giorni ancora in fase di scrittura e sviluppo. In ogni caso mi sento in dovere di ringraziare i volontari per la loro disponibilità, efficienza, generosità dimostrate in questi anni di servizio puntuale e preciso. La qualità della vita si misura non solo per i soldi spesi a favore dei più deboli, ma anche in base alla partecipazione attiva dei cittadini alla vita della comunità e alla realizzazione di servizi utili a titolo gratuito. Non sono entrato nelle polemiche recenti per evitare di avvelenare i rapporti tra le persone e per non male"dire" di qualche personaggio pubblico.



L'incapacità ad instaurare buone relazioni tra amministratori e volontariato è un grosso problema che si ripercuote sulla qualità di vita di una comunità. Le dichiarazioni di intenti e di buona volontà hanno scarso valore se producono divisioni, conflitti e rinunce ad impegnarsi. Solo il rispetto delle persone di qualsiasi colore ed orientamento politico può produrre risultati e valore aggiunto ai servizi. Speriamo che il patrimonio sociale della comunità non abbia a risentire di questa situazione difficile.

Ma vediamo in alcune tabelle il capitolato del servizio sociale preso in carico dalla cooperativa sociale 81 assistenza. Le immagini che seguono riassumono l'organizzazione e il carico di lavoro che la cooperativa sociale 81 assistenza ha costruito in seguito all'esternalizzazione del servizio sociale comunale. Chi ha avuto la pazienza di leggere le pagine precedenti ricorderà che l'ufficio sociale contava un amministrativo per 18 ore ed un assistente sociale per 12 ore settimanali che riceveva solo occasionalmente. E' immediatamente visibile la diversa presenza dell'assistente sociale che riceve 5 giorni alla settimana e si trova a lavorare a stretto contatto con i medici e gli infermieri: condizione favorevole ed unica che permette scambi di informazioni e collaborazione unica.

SERVIZIO ASSISTENZA SOCIALE



Orario di ricevimento
Lunedì Martedì,,venerdì
mercoledì, giovedì

	9.00 - 10.30
	17.00 - 19.00

Orario di servizio

Lunedì	08.00 -- 12.00
Martedì	08.00 -- 13.00
Mercoledì	14.00 -- 19.00
Giovedì	14.00 -- 19.00
Venerdì	08.00 -- 13.00

L'assistente sociale gestisce l'ufficio e interviene nel territorio

**SERVIZI IN CARICO
DALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE:**



INTERVENTI PER LA FAMIGLIA

- CONTRIBUTO AL PAGAMENTO CANONE DI LOCAZIONE (35)
- ASSEGNAZIONE ALLOGGI E.R.P. (10)
- INTERVENTI A FAVORE MINORI RICONOSCIUTI DA UN SOLO GENITORE (1)
- RIDUZIONE RETTA SCUOLA MATERNA (8)/10
- TRASPORTO SCOLASTICO - RIDUZIONE TARIFFE (20)/49
- BORSE DI STUDIO C.R. (43)/48
- LIBRI DI TESTO C.R. (44)/59

**SERVIZI IN CARICO
DALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE:**



INTERVENTI PER IMMIGRATI

- SEGRETARIATO (CONVENZIONATO)
- CORSO DI LINGUA (25)

**SERVIZI IN CARICO
DALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE:**



INTERVENTI PER DISABILI

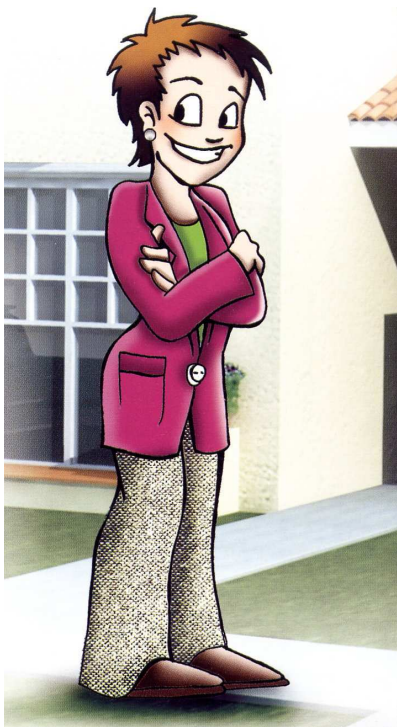
- L 13/89 BARRIERE ARCHITETTONICHE (4/5)/4
- AGEVOLAZIONI MEZZI TRASPORTO (3/4)/49
- LABORATORIO TEATRALE (12)
- INTERVENTI DI SOSTEGNO LAVORO

**SERVIZI IN CARICO
DALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE:**



INTERVENTI PER GLI ANZIANI

- TELESOCCORSO – TELECONTROLLO (22)/23
- INTERVENTI PER LA DOMICILIARITA' (5)
- ASSISTENZA DOMICILIARE (5)/5
- SOGGIORNI CLIMATICI (25)/26
- CASE DI RIPOSO – INTEGRAZIONE RETTE (5/6)
- TRASPORTO SOCIALE (25)



**SERVIZI IN CARICO
DALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE:**

INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO

CONTRIBUTO PERSONE NON
AUTOSUFFICIENTI ASSISTITE A DOMICILIO
L.R. 28/91 (20)/17

CONTRIBUTI FAMIGLIE CON BADANTI (4)/3
ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE DI MATERNITA
(5)/9

ASSEGNO NUCLEO FAMILIARE L. 444/98 (7)

CONTRIBUTO FAMIGLIE AFFIDATARIE (2)

INTERVENTI DI SOSTEGNO ECONOMICO (17)



**SERVIZI IN CARICO
DALL'AMMINISTRAZIONE COMUNALE:**

INTERVENTI DIVERSI

ACCERTAMENTO OBBLIGO SCOLASTICO (4)/4

RACCOLTA PRATICHE INVALIDITA' (30)

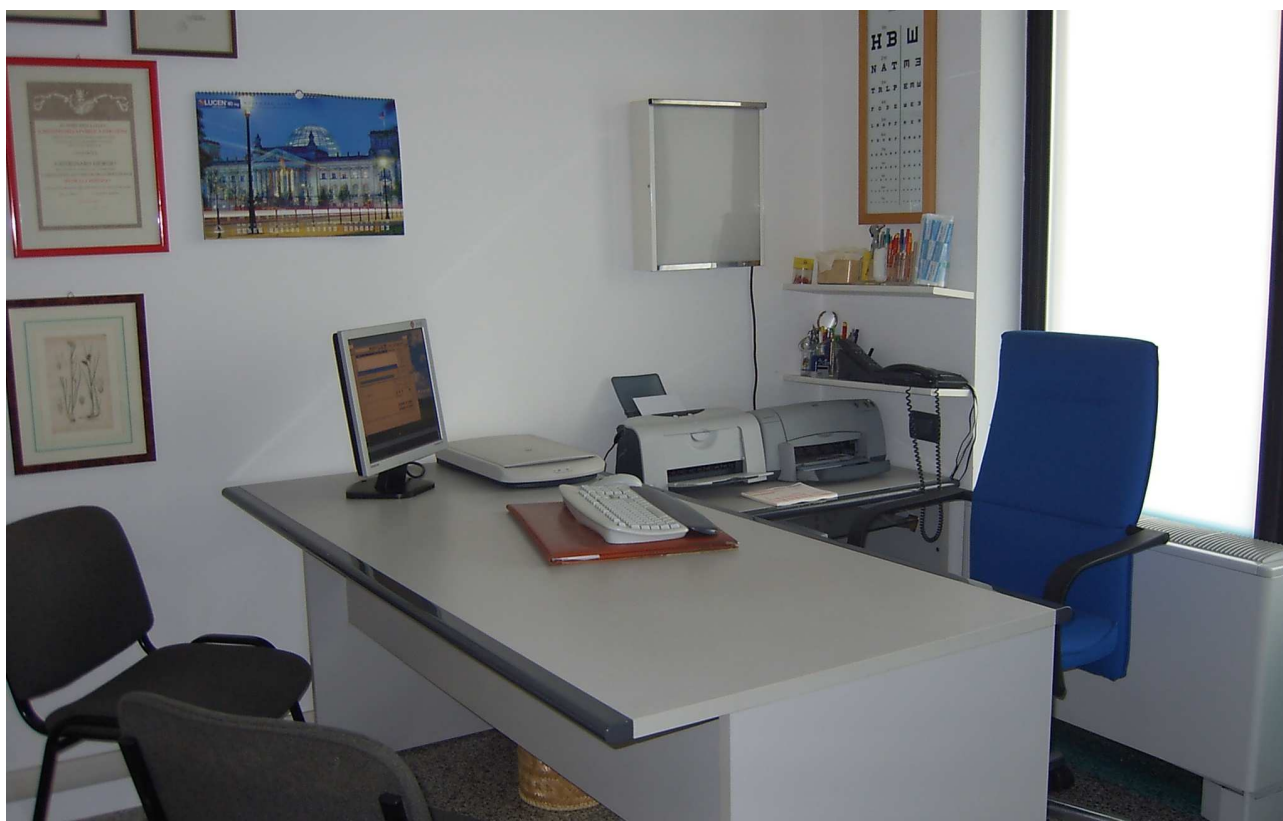
RICHIESTE MBS X RACCOLTA PANNOLONI
(5)/9

SCHEDE ISTAT (15)

SCHEDE SVAMA(40) /18

RELAZIONE ANNUALE.

Il servizio sociale acquisisce una dignità ed un valore unico rispetto ad una situazione precedente in cui risultava la cenerentola degli uffici comunali, in cui nessuno voleva andare a lavorare. Il miglioramento è stato riconosciuto ed apprezzato dalla stessa segretaria comunale che aveva ostacolato tutta l'operazione per la paura di perdere il controllo di parte della macchina burocratica. La stessa segretaria è giunta a dire: “abbiamo fatto un bel lavoro”. Parole testuali e inaspettate dopo tanto soffrire degli attori coinvolti nel progetto. Ma purtroppo la memoria di tanta gente è corta ed i nuovi responsabili non conoscono quasi niente del passato perché non hanno l'umiltà di informarsi e documentarsi, non possono perdere tempo a capire data l'enorme presunzione di sapere. La conoscenza insieme alla coerenza e alla responsabilità costituiscono elementi basilari di una persona equilibrata psichicamente e socialmente impegnata nei confronti di concittadini. Forse è per questo che tanta brava gente sta lontana dal palcoscenico e dalla politica. In ogni caso, come riportavo nel capitolo precedente esiste a livello comunale una convenzione scritta e votata dall'intero consiglio comunale in cui sono definiti tutti i termini e le clausole da rispettare dalle parti firmatarie. Leggendo i documenti non si possono conoscere tutti i dettagli, i diverbi, le difficoltà incontrate e superate, ma questo è il limite di tutti i documenti ufficiali che vengono a certificare un percorso fatto e costruito con fatica tra tutti gli attori interessati. Il capitolato soprariportato è la sintesi e la traccia precisa di lavoro assunto in carico dalla cooperativa sociale 81 assistenza, che nell'ambito della propria autonomia organizzativa ed operativa deve assolvere. L'assessore al sociale non viene esautorato, ma supportato da una organizzazione diversa e più efficiente libera di trovare formule e organizzazione del lavoro autonome ed indipendenti finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo e del capitolato in carico. La responsabilità decisionale degli indirizzi e della spesa sociale resta dell'amministrazione comunale, la realizzazione operativa è responsabilità della cooperativa. Mai in tutto questo tempo è mancata l'esecuzione precisa e puntuale del mandato, mai è rimasta inevasa o



sospesa una pratica, mai ci sono state lamentele dei cittadini per la mancanza di attenzione ai problemi. Mai come oggi si sono concretizzati così ottimi rapporti di collaborazione tra medici infermieri ed assistente sociale senza costi aggiuntivi o compilazione di richieste formali di colloquio. La disponibilità delle parti, la vicinanza fisica, l'unico gestore hanno creato sinergie dalle ricadute utili per l'intera comunità senza dover costruire percorsi burocratici e cartacei inutili.