

## OSSERVAZIONI SUL TESTO PRELIMINARE DEL PIANO DELLA SALUTE DEL TRENINO 2015 – 2025

La Bussola società cooperativa sociale

Gennaio 2015

Il presente scritto è stato elaborato per contribuire alla fase di consultazione relativa al piano per la salute del Trentino. Esso contempla osservazioni che scaturiscono dall'esperienza di servizio della Cooperativa La Bussola, la quale opera nell'area sud di Trento, realizzando servizi socio educativi per minori.

Lo scritto evidenzia notazioni di carattere metodologico e strategico che interessano l'impianto complessivo del Piano, riservando analisi e proposte riferite all'ambito di intervento della Cooperativa ad un documento dedicato (*Lecture e proposte relative ai fenomeni ed agli interventi che interessano la popolazione minorile della provincia di Trento*).

### LE PRECONDIZIONI PER UNA PIANIFICAZIONE EFFICACE

Pianificare significa scegliere. Scegliere quali orientamenti e profili debbano assumere gli interventi indirizzati a rispondere a specifici bisogni, nel caso del piano per la salute, quelli connessi alla promozione del benessere della popolazione trentina.

Per scegliere efficacemente, bisogna disporre di conoscenze adeguate, che forniscano informazioni affidabili sui fenomeni che si intende affrontare e sugli strumenti per farlo.

Riguardo al Piano per la salute tali conoscenze dovrebbero vertere su cinque "mappe":

- la mappa che identifica la natura, la distribuzione e l'entità dei bisogni/problemi di salute nella nostra provincia;
- la mappa degli interventi e dei servizi che rispondono a tali bisogni;
- la mappa della spesa per finanziare gli interventi di cui sopra;
- la mappa che rileva i livelli di efficacia ed efficienza degli interventi e dei servizi di cui sopra e che identifica le "migliori prassi" in termini di composizione costi/benefici;
- la mappa della risorse economiche a disposizione per finanziare le azioni che si intende realizzare.

In Trentino queste cinque mappe, fondamentali per fornire le coordinate necessarie per pianificare, sono caratterizzate da livelli di definizione ed integrazione decisamente modesti, tali da renderle per molti aspetti inservibili ai fini di strumentare scelte che puntino ad incidere in modo concreto e diffuso sulla nostra realtà sociale.

### LA MAPPA DEI BISOGNI/PROBLEMI

Il Piano della salute fa propria una prospettiva di intervento che mira ad incidere sui "determinanti della salute, cioè quell'insieme dinamico e interdipendente di fattori individuali, ambientali e socio-economici (tra cui la qualità dei servizi sanitari e sociali) dai quali risulta lo stato di salute"<sup>1</sup>. A questo orientamento di metodo, del tutto condivisibile, dovrebbe corrispondere la disponibilità di ricerche che indichino la distribuzione dei determinanti della salute sul territorio provinciale. Nei fatti, queste ricerche non hanno ad oggi un'articolazione tale da alimentare un sistema di indici di

---

1 Piano per la salute del Trentino 2015-2025, pag. 3.

epidemiologia sociale, che possa fornire indicazioni chiare per il decisore pubblico.

Il profilo di salute della provincia di Trento, consultabile *on line*, fornisce dati importanti, ma non esaustivi, soprattutto rispetto all'esplorazione dei determinanti sociali della salute (livello di istruzione, situazione socio economica, ...).

L'analisi dei determinanti dovrebbe essere articolata per problemi (alcol-dipendenza, depressione, ...) e/o per destinatari (minori, adulti, immigrati, ...) e svilupparsi attraverso livelli crescenti di stratificazione geografica: comune, comunità di valle, distretto sanitario, provincia.

In sintesi, in Trentino non esistono quadri esplicativi che restituiscano informazioni su quanti cittadini vivano condizioni di rischio e/o di disagio sociale e sulla distribuzione geografica di tali condizioni<sup>2</sup>. Tutto ciò impatta negativamente sulla possibilità di realizzare interventi di pianificazione e programmazione efficaci. Se non si conoscono quali sono, pur con le inevitabili approssimazioni, le dimensioni quantitative delle popolazioni *target* (chi ha bisogno) e la loro distribuzione sul territorio (dove vive chi ha bisogno), non è possibile fare scelte mirate rispetto a quali e quanti interventi realizzare e al dove realizzarli<sup>3</sup>.

La dotazione di un'adeguata infrastruttura statistica, orientata a rilevare fattori che vadano oltre la semplice demografia, risulta, per altro, fondamentale per assicurare un quadro di riferimento per i disegni di pianificazione realizzati dalle Comunità di valle, nonché per la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni<sup>4</sup>, la cui declinazione sui territori dovrebbe essere modulata in riferimento all'intensità ed alla distribuzione dei bisogni/problemi sociali.

La disponibilità di dati pertinenti e puntuali è, inoltre, fondamentale per alimentare processi di confronto ed approfondimento su specifici fenomeni sociali. Attendere che i problemi bussino alla porta dei servizi, senza cercare di capire da cosa si originano è un atteggiamento che non giova né agli utenti, né agli operatori, né al sistema sociale nel suo complesso. Per comprendere questi fenomeni, però, bisogna indagare ciò che accade fuori dalla porta dei servizi<sup>5</sup>, bisogna cercare di far luce su aspetti che possono essere rilevati e monitorati solo con adeguati sistemi informativi.

---

<sup>2</sup> Il dato relativo agli accessi ai servizi, pur significativo, non può ritenersi rappresentativo dei bisogni sociali di una specifica area. I servizi non colgono tutta la domanda di aiuto, ma tipologie di domanda, tipicamente quelle più "tradizionali" e codificate. Oltretutto, la distribuzione dei servizi è eterogenea e vi sono zone del territorio provinciale scoperte.

<sup>3</sup> Sapere se ci si deve rivolgere a 1.000 o a 10.000 persone non è secondario rispetto alla scelta degli interventi da adottare, anche sotto il profilo della compatibilità finanziaria degli stessi. Sapere dove vivono queste persone è altrettanto importante rispetto all'individuazione di bacini ottimali di utenza ed alla conseguente distribuzione dei servizi sui territori.

<sup>4</sup> "I Leps vanno identificati tenendo conto dei bisogni rilevati della popolazione. I Leps devono soddisfare i bisogni reali della popolazione, perciò devono essere pensati come risposte agli stessi. Questo significa che occorre valutare costantemente i bisogni, che vanno rilevati con indicatori di epidemiologia sociale sociosanitaria" [Ranci Ortigosa E., *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, Osservatorio sulla Legge 328/2000, pag. 51]

<sup>5</sup> Il superamento di un atteggiamento di semplice attesa dei problemi è un'esigenza evidente per molti servizi, in particolare quelli rivolti all'età evolutiva. L'andamento "epidemico" di fenomeni come la diffusione dei disturbi dell'apprendimento, ad esempio, dovrebbe essere esplorato realizzando indagini volte a conoscere quale sia il quadro di sviluppo di tali manifestazioni allo scopo di intervenire sui fattori causali.

## LA MAPPA DEGLI INTERVENTI/SERVIZI E DELLA SPESA AD ESSI RELATIVA

In Trentino la rilevazione dei servizi/interventi realizzati nell'area sociale e sanitaria viene effettuata ed è sufficientemente consolidata, pur non essendo ricondotta ad un quadro di sintesi. I limiti di tale rilevazione sono legati all'adozione di sistemi di nomenclatura scarsamente integrabili e talora disomogenei nell'identificare tipologie di utenza ed altre variabili di servizio.

Nella prospettiva di dotare il processo di pianificazione di un'adeguata infrastruttura informativa risulterebbe necessario disporre di una panoramica complessiva dei servizi, associata a dati che ne restituiscano la distribuzione sul territorio ed i volumi di intervento, di spesa e di utenza.

Conoscere dove siano concentrate le iniziative di servizio, di quante persone si occupano e quale spesa essi impegnino è fondamentale, articolando l'ultimo capitolo – spesa - attraverso una serie di indicatori che permettano di acquisire dati su specifiche variabili (distribuzione della spesa per aree di utenza e per tipologie di servizio, distribuzione della spesa per unità territoriali, ...) <sup>6</sup>.

## LA MAPPA DELLE “MIGLIORI PRASSI”

L'assenza di disegni di verifica e valutazione dei risultati rappresenta la principale criticità del sistema dell'offerta pubblica e privata di servizi, questo, in particolare, per l'area degli interventi di carattere educativo (servizi per l'età evolutiva, contrasto alle dipendenze, ...) <sup>7</sup>.

Nei fatti non si sa quali interventi/servizi funzionino, con il rischio di investire denaro e risorse in azioni inutili.

Il sistema sanitario tende spesso a far coincidere la valutazione con la rilevazione dei volumi di offerta (quante prestazioni vengono erogate, quante persone vengono seguite, quante ...). Si tratta di un'operazione errata che confonde *output* ed *outcome* e che non fornisce alcun contributo per l'innalzare la qualità dei servizi: sapere quante visite fa un medico non ci dice nulla sull'efficacia di queste visite in termini di miglioramento dello

---

<sup>6</sup> Su questo versante è fondamentale acquisire dati che restituiscano informazioni specifiche sulla distribuzione della spesa, superando livelli di definizione generali e generici, come la spesa pro-capite per abitante, che rischiano di essere del tutto fuorvianti. In questi casi, la probabilità di incorrere nel fenomeno della “media del pollo” è molto elevato, in particolare per un territorio come il nostro, caratterizzato da forti differenziazioni rispetto all'intensità di accesso ai servizi ed alla distribuzione delle risorse economiche. Dal nostro osservatorio abbiamo la percezione che, almeno per quanto riguarda i servizi rivolti all'età evolutiva, in Trentino si spenda molto per pochi e poco per molti, un fenomeno, questo, che, se esplorato impiegando la semplice media pro capite della spesa per minore, non viene per nulla evidenziato.

<sup>7</sup> I servizi di tipo educativo si caratterizzano per una dimensione prevalentemente relazionale che impedisce di istituire qualsiasi continuità tra la realizzazione di un'azione (*output*) ed il raggiungimento di un obiettivo (*outcome*). Mentre in contesti connotati da una valenza assistenziale il legame tra *output* ed *outcome* è più diretto e tangibile, per i servizi di tipo educativo la valenza effettiva di un intervento è rilevabile solo a posteriori, verificando e valutando la sua efficacia. Traducendo in un esempio, possiamo affermare che l'assistenza domiciliare ad un anziano (*output*) è un intervento che si collega con una discreta immediatezza ad un *outcome* (aiutare l'anziano ed i suoi familiari), rilevabile con un sufficiente grado di intersoggettività dagli attori coinvolti. Lo stesso non può dirsi di un intervento realizzato all'interno di un centro per minori, nell'ambito di un corso per genitori o in un colloquio di uno psicologo, azioni fortemente “immateriali”, il cui impatto è verificabile solo individuando indicatori o precursori di risultato.

stato di salute del paziente. Invece, è fondamentale non fermarsi alla rilevazione quantitativa delle prestazioni ed individuare quali siano gli esiti di tali prestazioni. Rilevare se gli interventi sono andati a bersaglio è essenziale per correggere la mira, ponendo i servizi nell'ottica del miglioramento continuo e fornendo al decisore pubblico dati comparativi sulle diverse prassi di servizio adottate<sup>8</sup>.

Se non si sa quali interventi siano più efficaci ed efficienti, si rischia di pianificare muovendosi in modo approssimativo, seguendo le mode del momento.

Il vero salto di qualità nello sviluppo dei servizi sociali e sanitari è rappresentato, anche sotto il profilo dell'integrazione tra i due contesti, dallo sviluppo di un sistema di rilevazione dei risultati che permetta di selezionare prassi basate su prove di efficacia<sup>9</sup> e che porti finalmente il confronto tra professionisti nell'alveo di un dibattito basato sulle evidenze ed ancorato a precisi fondamenti scientifici.

### **LA MAPPA DELLE RISORSE ECONOMICHE A DISPOSIZIONE PER FINANZIARE GLI INTERVENTI DEL PIANO**

La realizzazione delle azioni previste da un piano può concretizzarsi solo a patto che vi sia la disponibilità di adeguate risorse economiche.

Il Piano della salute dichiara l'ambizioso obiettivo di orientare il sistema di interventi in un'ottica preventiva, senza indicare con quali risorse economiche si intenda sostenere questa operazione.

Come il sistema dell'offerta di servizi sociali e sanitari possa agire sui precursori di manifestazioni di disagio, non riuscendo oggi a far fronte in modo adeguato neppure alle manifestazioni conclamate, è la domanda che viene immediatamente da porsi. Se i servizi sociali e sanitari non riescono neanche a coprire la domanda di aiuto di quelli che stanno male, come possono occuparsi di coloro che "staranno male"?

E' pur vero che l'investimento in prevenzione dovrebbe avere come esito una riduzione delle manifestazioni di patologia e disagio, ma questo "incasso" si potrà riscuotere solo nel lungo periodo. Nel medio-breve periodo gli interventi nei confronti delle manifestazioni esplicite di disagio e patologia dovrebbero convivere con quelli orientati ad incidere sui determinanti sociali della salute. Queste due azioni concomitanti richiedono un *surplus* di investimenti rispetto al presente, opzione che non pare coincidere con gli indirizzi di pianificazione economica che riguardano le finanze provinciali.

---

<sup>8</sup> La disponibilità di ricerche comparative relative agli indici di efficacia di interventi tra loro alternativi è un passaggio fondamentale per promuovere l'innalzamento della qualità dei servizi e l'individuazione delle migliori prassi in termini di composizione costi/benefici. A titolo di esempio, citiamo il contributo di un gruppo di ricerca che ha sviluppato un'indagine comparativa tra formule di intervento di tipo residenziale e domiciliare rispetto a minori in grave difficoltà: Barth R. P., Greeson J., Guo s., Hurleu S., Sisson J., *Indici di efficacia tra ragazzi in assistenza residenziale e ragazzi che seguono una terapia intensiva a domicilio: la propensity score analysis*, pag. 143/5, in *Conoscere i bisogni e valutare l'efficacia degli interventi per bambini, ragazzi e famiglie in difficoltà*, (2008), Fondazione Emanuela Zancan, Padova.

<sup>9</sup> La ricerca scientifica internazionale dimostra che "le prassi basate su prove di efficacia hanno arricchito grandemente la cassetta degli attrezzi dei servizi sociali" [Whittaker J. K., *Cosa abbiamo imparato dalle prassi basate su prove di efficacia: il valore della collaborazione transnazionale*, Studi Zancan, settembre/ottobre 2010, pag. 50].

## CONCLUSIONI

Per pianificare efficacemente, è necessario individuare ambiti di intervento precisi, rispetto ai quali formulare un'analisi, da cui scaturiscano obiettivi e proposte di intervento ad essi coerenti<sup>10</sup>.

Un piano che operi nell'ambito delle politiche sociali e sanitarie non può che avere come primo passo un'analisi diffusa e circostanziata dei bisogni e dei problemi sociali e sanitari di una certa area. Questa analisi deve contemplare indicazioni qualitative (quali problemi/bisogni) e quantitative (quante persone hanno/avranno quel problema/bisogno) sulla base delle quali identificare le aree di bisogno/criticità cui si ritiene prioritario intervenire.

Parallelamente all'analisi dei problemi/bisogni della popolazione che risiede in una certa area, è necessario realizzare una mappatura dei servizi e degli interventi che operano in quel territorio, rilevandone i livelli di efficacia ed efficienza al fine di individuare le migliori prassi.

L'analisi di contesto (i bisogni/problemi prioritari) dovrebbe guidare l'individuazione di obiettivi il cui raggiungimento sarà demandato all'adozione delle migliori prassi in termini di composizione costi/benefici.

Tutte queste operazioni non sono realizzabili oggi in Trentino per le profonde fragilità che caratterizzano il nostro sistema sotto il profilo della mappatura dei bisogni sociali e sanitari, della selezione delle prassi più efficaci ed efficienti e del controllo della spesa. Un piano che non possa sostenersi su questi tre "pilastri" (mappatura bisogni – selezione migliori prassi – controllo della spesa) è condannato all'astrattezza.

Anche la volontà di procedere ad una pianificazione integrata tra comporta sociale e sanitario è vanificata dagli elementi di fragilità citati, che si collocano in un quadro di mancata integrazione informativa tra due ambiti che si caratterizzano per linguaggi, modelli organizzativi, metodologie e procedure molto differenti e talora divergenti<sup>11</sup>.

Per promuovere processi di cambiamento duraturi è necessario partire "dall'inizio". Parlando di integrazione tra sociale e sanitario questo "inizio" è rappresentato dalla condivisione di un sistema informativo integrato tra i due comparti. Da questa condivisione potranno scaturire autentiche forme di pianificazione integrata. Ciò che si

---

<sup>10</sup> Il disposto della L.P. 13/07 è, al proposito, esplicito nell'indicare all'articolo 12 (*Piani sociali di comunità*), la struttura di un piano orientato a rispondere ai bisogni di un territorio.

<sup>11</sup> Il testo del Piano si caratterizza per la compresenza di notazioni relative a problematiche di carattere sociale e sanitario che, se in parte caratterizzate da fattori causali comuni, necessitano di forme di intervento e di considerazioni analitiche diversificate, così gli stili alimentari ("una persona su sei mangia le 5 porzioni di frutta e verdura come raccomandato" - pag. 15) si trovano nello stesso paragrafo in cui si parla della disoccupazione, le considerazioni sulla "salute della schiena" (pag. 12) si collocano poco prima di quelle relative ai "processi di inclusione sociale e lavorativa delle persone adulte a rischio di emarginazione" (pag. 13). Da tutta questa mescolanza ciò che emerge più nettamente è la centralità del tema delle salute, esplorato principalmente sotto il profilo delle sue implicazioni sanitarie.

La marginalità dei temi di natura sociale è confermata anche dall'impiego delle forme linguistiche. A pagina 6, ad esempio, si parla di "servizi sanitari ed extrasanitari", a confermare una visione in cui il sociale non conta in sé, ma è semplicemente quale area extra sanitaria.

sta cercando di fare con il Piano per la salute è, invece, il tentativo di anteporre gli esiti ai processi che dovrebbero generarli. Si sta mettendo il carro davanti ai buoi, con il rischio che il carro deragli, a tutto danno dei cittadini e della capacità del nostro sistema di *welfare* di reggere le sfide poste dall'attuale fase di sviluppo socio economico della nostra terra.

La pianificazione getta lo sguardo sul futuro, essa è un'operazione che contiene una dimensione di azzardo legata allo sfida di uno spazio ignoto, i cui connotati sfuggono inevitabilmente agli abitanti del presente.

Il testo del Piano della salute non sembra contenere una consapevolezza compiuta delle profonde trasformazioni che stanno interessando la nostra realtà. Esso sembra animato da una fiducia di base che proietta sul futuro la prospettiva di un passato che alberga sempre meno nel presente<sup>12</sup>.

Il Trentino di domani assomiglierà molto poco a quello di ieri e di oggi. Viviamo una fase storica "fluida", segnata da interdipendenze planetarie e contraddistinta da processi geopolitici e demografici che stanno ridefinendo il ruolo del nostro paese e del continente a cui apparteniamo.

Viviamo una crisi che non è solo economica e che va riconosciuta, per essere, forse, superata.

Per la nostra terra si è aperta un'epoca di discontinuità che non può essere affrontata con gli strumenti del passato, né governata attraverso le logiche della razionalità assoluta, quella che attraversa alcuni passaggi del piano della salute ed a cui sembra affidarsi l'idea del futuro sviluppo delle politiche sanitarie e sociali<sup>13</sup>. Per cogliere l'inadeguatezza di questo disegno non serve impegnarsi in articolate disquisizioni, basta guardare in faccia alla realtà, basta fare i conti con i rotondi fallimenti di molte politiche di intervento che mirano ad affrontare i mali del nostro tempo, siano essi i fenomeni di dipendenza, il disagio giovanile, la malattia mentale, etc.. Solo partendo dalla consapevolezza di questi fallimenti sarà possibile incamminarsi lungo una prospettiva di sviluppo nuova, sottratta alla nostalgia del passato e alla tensione a cercare riparo dentro i disegni rassicuranti degli approcci burocratici ed economicistici.

---

<sup>12</sup> La stessa ampiezza dell'arco temporale a cui si riferisce il Piano (10 anni) risponde alla visione di un futuro che si ipotizza caratterizzato da elementi di prevedibilità e continuità.

<sup>13</sup> Questo modello di pianificazione può risultare congruente con "contesti organizzativi dove i livelli di complessità sono molto bassi, bassi livelli di incertezza, stabili le situazioni interne e ambientali. Oppure nelle organizzazioni ove è richiesta un'estrema precisione nell'esecuzione degli interventi, come per esempio i reparti ospedalieri di chirurgia, le officine di manutenzione delle compagnie aeree" (D'Angella F., Orsenigo A., *La progettazione luogo di cambiamento*, in "Animazione Sociale", n. 12, Torino, 1997, pag. 57), contesti, cioè, radicalmente diversi da quelli che riguardano il lavoro sociale il quale si muove in condizioni fortemente dinamiche, ambigue e complesse.