

Le relazioni e i lavori dei gruppi



**Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi**
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Seminario promosso dal CCRQ (Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino)

Bologna 29 marzo 2014

Cittadini e sistema sanitario, l'importanza di capirsi

L'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Seminario promosso dal CCRQ (Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino)



Illustrazione di Bico Fabbrini 2014

Bico Fabbrini

SEGRETERIA: sicremonini@regione.emilia-romagna.it - tel 051 5277409/179 fax 051 5277063



Bologna sabato 29 marzo 2014

ore 9 Regione Emilia-Romagna
Terza torre, viale della Fiera 8

PROGRAMMA

ore 9.00

Registrazione dei partecipanti

ore 9.15

Apertura dei lavori
e finalità del seminario

Presidenza CCRQ

Intervento di

Carlo Lusenti

Assessore politiche per la salute
della Regione Emilia-Romagna

I temi dei gruppi di lavoro

Componenti CCRQ

ore 10.30

Gruppi di lavoro:

1 Il rapporto tra le

Associazioni di volontariato
e le Aziende sanitarie

2 L'ascolto dei cittadini

3 Il nuovo regolamento tipo
dei Comitati Consultivi Misti

4 L'oggi e il domani dei

Comitati Consultivi Misti

ore 12.30

**Presentazione in plenaria
dei lavori di gruppo**

ore 13.30

Conclusioni di

Tiziano Carradori

Direttore generale sanità e politiche
sociali della Regione Emilia-Romagna

PER PARTECIPARE

entro il **25 marzo 2014** compilare la scheda di iscrizione on line
con l'indicazione del gruppo di lavoro scelto:
<http://www.saluter.it/seminario-ccm>

I lavori del seminario saranno trasmessi in diretta web:
<http://videocenter.lepida.it/videos/>

Cittadini e sistema sanitario, l'importanza di capirsi

L'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Seminario regionale promosso dal CCRQ
(Comitato Consultivo Regionale per la Qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino)
Bologna, 29 marzo 2014

Apertura dei lavori

Giuseppina Poletti, Presidente del CCRQ

Benvenuti e grazie a tutti di essere qui. Grazie in particolare all'assessore Lusenti e al direttore Carradori. Speriamo che ci diano buone notizie sul ruolo dei CCM e sul nostro futuro.

Dopo 20 anni dalla nascita dei CCM e dopo 10 anni dal primo convegno regionale era opportuno rivederci, per ripensare al nostro percorso e per guardarci dentro. Da 16 anni è stato istituito il CCRQ - Comitato consultivo regionale per la qualità dei servizi sanitari dal lato del cittadino - come organismo regionale di riferimento per l'Assessorato, organismo composto da un volontario per ogni Azienda sanitaria e da alcuni componenti degli Assessorati.

C'è la necessità dopo 20 anni di valutare se è necessario introdurre nuove modifiche, visti i cambiamenti avvenuti all'interno delle Aziende sanitarie, ad esempio la nuova Azienda unica della Romagna.

Non si può prescindere dal riconoscimento politico del ruolo della partecipazione dei cittadini all'interno di questi organismi per il miglioramento dei servizi.

Oggi sono previsti 4 gruppi di lavoro:

1. *il rapporto tra le Associazioni di volontariato e le Aziende sanitarie*: partirà dall'analisi dei primi risultati di uno specifico gruppo di lavoro del CCRQ
2. *l'ascolto dei cittadini*: presenterà un percorso di indagini e attività sulla qualità percepita
3. *il nuovo regolamento tipo dei CCM*: un passo importantissimo perché ogni CCM della Regione venga costituito ed operi allo stesso modo, applicando un unico regolamento
4. *l'oggi e il domani del CCM*: ci siamo, vogliamo continuare da esserci e riflettere su come riusciamo a intersecarsi col sociale, visto che il piano della Regione è socio-sanitario, e forse non è opportuno creare un altro organismo per il sociale.

Carlo Lusenti, Assessore politiche per la salute Regione Emilia-Romagna

Siamo a 20 anni dalla legge regionale che ha istituito i CCM ed è un tempo molto lungo. Già 10 anni fa era stata realizzata un'altra iniziativa seminariale come quella di oggi, che ha portato all'adozione di una circolare regionale: abbiamo come una sorta di cronologia decennale che si ripete. Un percorso molto lungo che trasmette tutto il valore, l'attenzione e il ruolo di una relazione che non è estemporanea né episodica, perché parliamo di 20 anni di strutturazione di relazioni nelle Aziende sanitarie con le Associazioni.

Un percorso così lungo si traduce anche in un'altra consapevolezza: che occorre una manutenzione. Non passano 20 anni senza che le organizzazioni, i modelli, i modi di funzionare, abbiano bisogno di essere adeguati ad una realtà che in effetti nel frattempo è cambiata non di 20, ma di 200 anni. Il tempo ha delle

fasi in cui corre più in fretta, e quelle che stiamo vivendo sono fasi proprio di questo tipo. I cambiamenti avvengono così rapidamente che rischiamo che ci passino sopra e di accorgercene quando sono già avvenuti. Nelle necessarie azioni di revisione e di rivisitazione bisogna tenerne conto.

Siamo consapevoli e anche orgogliosi di ciò che è stato fatto nella nostra Regione, per il welfare, per il Servizio sanitario regionale, per l'integrazione socio-sanitaria, la programmazione. Abbiamo ottenuto risultati positivi, anche in confronto ad altre Regioni, ma questo non ci consente di stare fermi, abbiamo anzi bisogno di costruire una visione del futuro.

Se ci appiattissimo sulla realtà avremmo una visione del futuro vuota e negativa, tutta centrata sulle congiunture economiche o su quelle diffuse visioni ideologiche che vedono il lavoro pubblico come luogo sempre inefficiente o del malaffare. Queste ideologie rendono più difficile e faticoso intendere invece il lavoro pubblico come responsabilità della cosa pubblica e come ricerca di soluzioni utili alla comunità.

Bisogna rilanciare una prospettiva visionaria di lungo periodo, in cui la stella polare che guida non sia l'elemento riduttivo e frustrante della scarsità di risorse. Dobbiamo invece rilanciare il discorso dei diritti, e pensare a quali diritti vogliamo che siano garantiti per tutti. La Carta dei diritti del nostro paese è stata definita quando il nostro paese era in macerie e sarebbe stato nella condizione migliore per poter dire "non ce lo possiamo permettere, ci penseremo tra 20 anni". E invece ci si è pensato allora, perché è quello dei diritti l'elemento che guida la costruzione del futuro e l'utilizzo delle risorse disponibili.

Se noi pensiamo - come pensa questa Regione - che sia cruciale la tutela dei diritti delle persone, allora dobbiamo partire dalle persone più fragili, da quelle che fanno più fatica a vedere riconosciuti i loro diritti e proprio per questo non possiamo né vogliamo lasciarle sole. La priorità delle politiche è proprio garantire e riconoscere i loro diritti.

Dobbiamo allora porci l'eterna domanda su quale sia il modo migliore per andare in questa direzione. Penso che il modo migliore sia quello di rafforzare la struttura di governo pubblico dei servizi che danno risposte ai cittadini. Rafforzare il governo e la responsabilità pubblica, che si deve avvalere di adeguate risorse pubbliche, ma non solo quelle, di gestione pubblica ma non solo quella. Se non c'è lo scheletro, una struttura pubblica che regge, l'autonoma autorganizzazione della società non potrebbe surrogare la desertificazione dei servizi pubblici, che è una tendenza purtroppo troppo praticata nel nostro paese. Faccio alcuni esempi, che conoscete già benissimo: l'azzeramento del fondo nazionale per la non autosufficienza, l'azzeramento dei finanziamenti alle politiche sociali, le politiche sanitarie di abbandono e semplicemente di bilancio.

In questo quadro nazionale la nostra direzione va controcorrente, ce ne rendiamo conto. Noi dobbiamo rafforzare, rilanciare e rimettere a valore ciò che facciamo da 20 anni, cioè tenere insieme e chiamare a questo fine tutte le migliori energie che sono nella comunità regionale. Chiamare le risorse migliori e chiedere il loro aiuto. Non intendo un aiuto sostitutivo, noi dobbiamo comunque esercitare la nostra responsabilità pubblica fino in fondo e rivendicare le risorse necessarie ed esigibili. Ma tutto questo non basta. Serve la forza di una società che si muove insieme, che ha una direzione di marcia comune e che partecipa davvero. Non mi riferisco all'estetica della partecipazione, in cui "ci sono, mi siedo e dico la mia". E nemmeno alla partecipazione come palestra antagonistica, in cui "vado e mi sfogo". Mi riferisco invece alla partecipazione come messa in campo di un'intelligenza collettiva, la capacità di una comunità di trovare le soluzioni, e questo vuol dire essere responsabili ed essere capaci di dare le risposte. Ed è a questo compito che ci dedichiamo da tempo, ma ora le condizioni sono cambiate. Per una sorta di effetto miraggio tendiamo a vedere solo la crisi economica, la crisi delle risorse e dei mezzi.

Questa crisi è un fatto di lunga durata, ma è congiunturale. Siamo in una sorta di dopoguerra freddo, che dura da un decennio ed è ancora più rancoroso, perché non ha alle spalle una guerra e non c'è nemmeno la molla reattiva di uscire da questa esperienza. Ma ci sono cambiamenti anche più grandi che ci stanno portando da un'altra parte. Parlo di cambiamenti enormi demografici, sociali, epidemiologici, di composizione sociale, tecnologici, di cui abbiamo visto finora solo qualche esempio.

Come ho letto di recente in un libro di Federico Rampini, noi usiamo come esemplificazione dei cambiamenti il fatto che oggi si vive molto di più. Dovremmo esserne contenti, certo, è una straordinaria conquista sociale. Ma la visione che abbiamo di questo fenomeno è a punta di iceberg: quelle che oggi vivono di più rispetto al passato sono generazioni di popolazioni piccole, i nati negli anni 20, 30, fatte di poche persone. Il grosso del corpo sociale è la generazione dei cosiddetti baby boomer, che deve ancora arrivare all'età anziana; si tratta di decine di milioni di persone che quando sono passate dai diversi periodi hanno determinato grandi cambiamenti nella società, ad esempio negli anni 60 o negli anni 70.

Questo è solo uno degli elementi esemplificativi, legato all'età e alla demografia, non è l'unico. Dobbiamo saper interpretare questi cambiamenti, non lasciandoli solo all'intelligenza pubblica, che ha comunque i suoi limiti di programmazione, di visione, di complessità burocratica e di velocità.

Deve esserci invece la riflessione collettiva di tutta la comunità regionale, che si riconosce in una visione comune, mette a progetto una serie di problemi oggettivi, con cui dobbiamo fare i conti, e trova insieme le soluzioni, governa i progetti che danno risposte a questi problemi.

Questa è la sfida che abbiamo davanti. E in questa sfida è reclutata la capacità politica dei cittadini, non la politica soltanto, che non gode di una grande reputazione, per sua responsabilità ma con grave danno di tutti. Perché, come diceva Pavese, tutta la vita è politica. E quindi alla fine qualcuno che sceglie la direzione di marcia e qualcuno che propone le soluzioni ai problemi c'è sempre. Bisogna decidere se queste scelte le si affida a un'entità distante che poi si ha la potestà di criticare dicendo "lo non c'ero, non ho partecipato" oppure se si dice invece "lo sto in mezzo all'acqua, nuoto in questa corrente. So che ci sono rischi, so che è faticoso e che bisogna nuotare anche controcorrente, ma ci sto fino in fondo. Non per testimoniare, non per sfogare anche le mie giustificate e sacrosante critiche e lamentele, ma perché so che devo metterci la mia intelligenza e la mia forza nel trovare soluzioni ai problemi di tutti e nel guidare una comunità."

Questo è il lavoro, questa è la sfida e bisogna adeguare a questi tempi la macchina che consente di fare questo lavoro. Con una grande esperienza alle spalle, con analisi - ho letto quelle che sono state fatte per questo seminario e non sto qui a farne una valutazione puntuale, che i tecnici sanno fare meglio - adattando i regolamenti, le modalità della partecipazione i modi di funzionare, i rapporti con le Aziende, non solo in base a quello che è uscito nell'esperienza in questi anni, ma anche ad un'idea di sfida rispetto al presente e di costruzione del futuro.

Fatemi dire un'altra cosa, che è stata già giustamente citata dalla presidente e che mi sembra di particolare rilevanza, anche all'interno di questo scenario complessivo nel quale siamo collocati. Non è un'analisi, è una fotografia, un dato oggettivo.

I Comitati sono nati soprattutto rispetto all'esperienza del Servizio sanitario, come esperienza di costruzione e di strutturazione della partecipazione, della garanzia di trasparenza e di sindacabilità del funzionamento del Servizio sanitario

Ma siamo già andati oltre. I bisogni dei cittadini già da tempo e sempre di più non hanno bisogno di risposte solo sanitarie, molto spesso neanche in modo prevalente. Hanno bisogno dell'integrazione di politiche e dell'integrazione di servizi. Ai nostri cittadini non serve avere più prestazioni, serve avere una relazione

stabile con chi dà risposta ai loro bisogni. Possono essere bisogni in un momento sanitari, in un momento sociali, in un momento legati all'integrazione dei due, e così continuamente ogni giorno. E' necessario quindi prendersi carico complessivamente, costruire un sistema che risponde in ogni momento in modo integrato ai bisogni dando una risposta integrata, che è anche la più difficile.

E' più facile misurare e rendicontare filiere separate di prestazioni che agire e declinare la giusta e sacrosanta valutazione critica su ciascuna di queste. Valutare quante prestazioni, quanti tempi d'attesa dà informazioni solo parziali, ai cittadini interessa che ci siano risposte, non interessano solo i numeri che misurano ciascuna prestazione.

Questa è la sfida, e di fronte a questa sfida penso che sia necessario allargare questo meccanismo di partecipazione, di collaborazione, di costruzione comune e non lasciarlo solo centrato sul Servizio sanitario. C'è bisogno di seguire quella strada che è già stata tracciata da ben due Piani sociali e sanitari di questa Regione, due Piani che sono sociali e sanitari, due piani che tengono insieme tutto, che tengono insieme il welfare di questa Regione.

Un'ultima considerazione, ho finito e vi ringrazio. Assisterò volentieri ai vostri lavori e sono certo che sarà anche per me un arricchimento, non solo dal punto di vista della competenza.

Non c'è dubbio che viviamo in una fase di grandissima difficoltà, ma di nuovo non per le risorse, per la mancanza di mezzi. Perché la crisi non è dei mezzi ma dei fini, è in quella sorta di spaesamento generale, è nell'idea che non sappiamo dove vogliamo andare e che dove siamo stiamo male.

Alla ricerca eterna di qualcuno che deve risolvere i problemi, sempre qualcun altro a cui affidare la salvezza di tutti. E ci affidiamo a qualcuno per poi decidere dopo un po' di tempo che non era adeguato e ne cerchiamo un altro, l'eterno "salvatore della patria".

Io penso che così non funzioni, non abbia mai funzionato. E quindi il compito di tutti è essere all'altezza del proprio diritto, che poi è anche un potentissimo dovere, il dovere di essere cittadini. Il compito di guidare questi processi, di mettersi alla testa, di indicare una via e di caricarsela sulle spalle, di prendersene la responsabilità fino in fondo.

Diceva Popper, un famoso filosofo della scienza - una delle figure per me di maggior riferimento anche dal punto di vista culturale - che "Tutta la vita è risolvere problemi". Questa per lui è la definizione della vita. Per me è anche la definizione della vita sociale, della vita partecipativa, della vita delle istituzioni. Noi, voi, dobbiamo essere capaci di dimostrare che le soluzioni ci sono. Prima di noi qualcun altro le ha trovate, in condizioni anche molto più difficili. Però aveva capacità e la forza di alzare la testa, oltre che di resistere di fronte alle difficoltà, di indicare una via d'uscita, indicare una prospettiva positiva e assumersi la responsabilità di raggiungerla. Come corpo sociale e non individualmente, occorre affermare con determinazione "Noi condividiamo questa visione, siamo un punto di riferimento per la nostra comunità e noi la guidiamo fuori da queste difficoltà".

Io penso che l'esperienza vostra di tutti questi anni di partecipazione indichi questa capacità. Questa capacità va reclutata, rivitalizzata, riorganizzata alla luce dell'esperienza di questi anni, alla luce dei cambiamenti che attraversiamo, ma è l'unica risorsa che abbiamo.

Non abbiamo bisogno di più soldi, abbiamo bisogno di più intelligenze, di più energie e di più persone che si prendono la responsabilità di guidare questa comunità.

E io so che questo è il lavoro che voi sapete fare meglio.

IL PRIMO GRUPPO DI LAVORO

IL RAPPORTO TRA LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E LE AZIENDE SANITARIE

PRESENTAZIONE

Cittadini e sistema sanitario, l'importanza di capirsi
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Esperienze Europee

SVILUPPO DEL RUOLO DEGLI ATTORI SOCIALI NELLA COMUNITA' LOCALE: LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E IL SISTEMA SANITARIO REGIONALE

A cura di
Vittoria Sturlese (Agenzia sanitaria e sociale regionale – Area Comunità, Equità e Partecipazione)
Luigi Tirota (CCRQ)



Cittadini e sistema sanitario, l'importanza di capirsi
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Esperienze Europee

NOI... IL GRUPPO DI RICERCA!!!



- Giorgio Folpini
- Enzo Fontanesi
- Luigi Tirota
- Vittoria Sturlese
- Anna Maria Vanti



LA RICERCA - Obiettivi

Nessuna indagine regionale ha finora misurato la consistenza e la qualità del fenomeno all'interno del Sistema sanitario

OBIETTIVO GENERALE:

Far emergere le prassi di sinergia e di partnership in essere tra le Associazioni di Volontariato impegnate in campo sanitario e il sistema dei servizi delle Aziende sanitarie.

In particolare le aree di approfondimento:

- **Associazioni** di Volontariato impegnate all'interno del Servizio sanitario regionale
- **Settori/servizi** in cui si attuano sinergie tra Associazioni di Volontariato e Aziende sanitarie.
- **Funzioni** svolte dalle Associazioni di Volontariato all'interno delle Aziende sanitarie
- **Modalità** con cui sono regolate, organizzate, formalizzate queste collaborazioni

LA RICERCA - Fasi

AD OGGI

FASE 1: COSTITUZIONE DEL GRUPPO DI LAVORO E DEFINIZIONE DELLA METODOLOGIA

FASE 2: ANALISI ESPLORATIVA (analisi normativa , letteratura, siti internet, banche dati)

FASE 3: MONITORAGGIO DELLE ASSOCIAZIONI NEL SSR

FASI FUTURE

FASE 4: STUDI SUL CAMPO

➤ **STUDIO A** – Raccolta di pratiche in relazione a principali tipologie di sinergia (metodologia: indagine con focus group e interviste semi-strutturate a testimoni significativi in alcune realtà scelte a campione nelle tre Aree Vaste)

➤ **STUDIO B** – Analisi descrittiva delle forme di collaborazione e degli ambiti interessati (servizi, strutture ecc.) (metodologia: indagine su tutte le aziende sanitarie regionali attraverso questionario)

FASE 5: INDICAZIONI OPERATIVE A SUPPORTO DELLE PRASSI (Rapporto)

FASE 3 MONITORAGGIO – Dalla raccolta delle adesioni alla definizione di un data base regionale

Fine 2012

INVIO LETTERA ALLE DG E RACCOLTA ADESIONI

Gennaio-Marzo 2013

INVIO DATI GREZZI DA PARTE DELLE AZIENDE

Aprile – Novembre 2013

- DEFINIZIONE DATA BASE E RELATIVE VARIABILI DESCRITTIVE
 - INSERIMENTO DATI PERVENUTI
 - ANALISI DELLE INCONGRUENZE RISCOstrate
 - INTEGRAZIONE DELLE INFORMAZIONI MANCANTI (tramite ricerche sul web)

**Dicembre 2013
Gennaio 2014**

INVIO DEI DATA BASE PROVINCIALI AI REFERENTI AZ. LI PER OPPORTUNE VERIFICHE E AGGIORNAMENTI

Febbraio - Marzo 2014

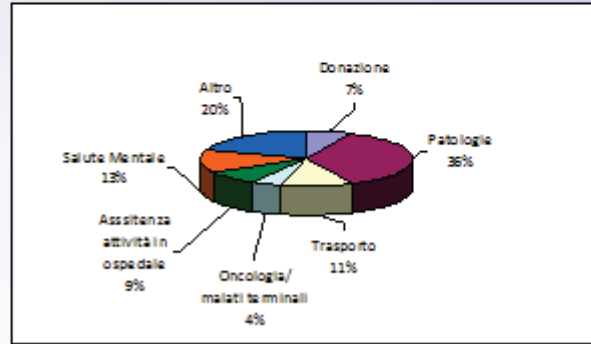
CHIUSURA DATA BASE REGIONALE E CONDUZIONE DELLE ELABORAZIONI STATISTICHE

IL DATA BASE REGIONALE: elementi di attenzione

- ✓ **BASE DATI PROVINCIALE** (ad esclusione di Imola, Forlì e Cesena) ma mantenendo l'affiliazione delle associazioni alla Azienda USL e alla Azienda OSPEDALIERA nella quale operano
- ✓ **VOCE SETTORE DI ATTIVITA'** (1-donazione di sangue o organi; 2-patologie – ad esempio cardiopatie, diabete, dializzati, malattie rare; 3-trasporto; 4-oncologia malati terminali; 5-assistenza attività in ospedale; 6-salute mentale; 7-altro) – sono state escluse le associazioni sindacali mentre alle associazioni di tutela dei diritti e a quelle con scopo scientifico è stata attribuita l'opzione 7 (altro)
- ✓ **VOCE AREA D'INTERVENTO** cioè dove l'associazione svolge la propria attività (1-provincia; 2-ospedale; 3-distretto; 4-dipartimento; 5-servizio) – stesse associazioni che prestano attività su più distretti sono state conteggiate una sola volta (attribuendo opzione 1); stesse associazioni che prestano attività sia per AO sia per AUSL nella stessa provincia sono state conteggiate due volte (attribuendo opzione 2 e 1)

FASE MONITORAGGIO- Settore di attività delle associazioni

Donazione	48
Patologie	247
Trasporto	77
Oncologia/malati terminali	30
Assistenza attività in ospedale	60
Salute Mentale	91
Altro	137
Totale complessivo	690

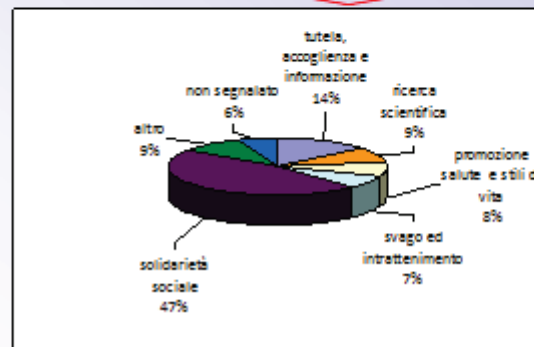


FASE MONITORAGGIO- Focus sulle altre attività

Donazione	48
Patologie	247
Trasporto	77
Oncologia/malati terminali	30
Assistenza attività in ospedale	60
Salute Mentale	91
Altro	137
Totale complessivo	690

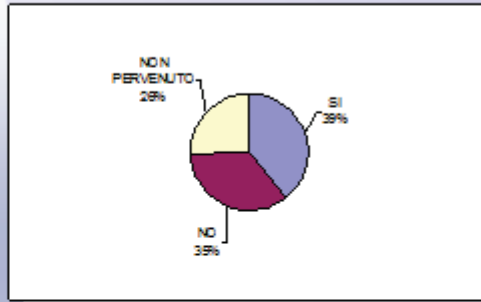
tutela, accoglienza e informazione	19
ricerca scientifica	12
promozione salute e stili di vita	11
svago ed intrattenimento	10
solidarietà sociale	64
altro	13
non segnalato	8
Totale complessivo	137

V. %





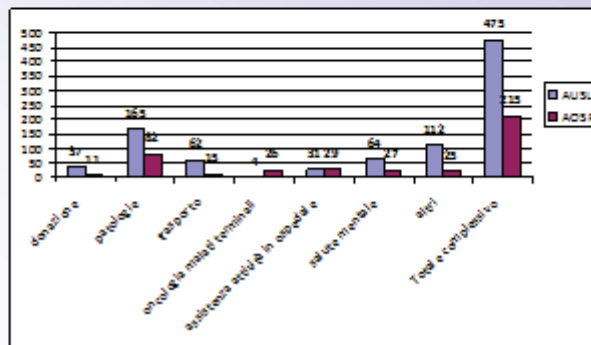
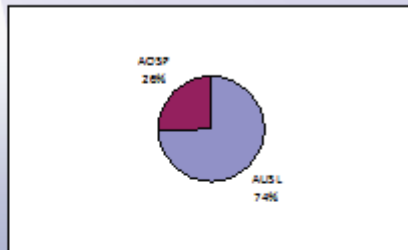
FASE MONITORAGGIO- Convenzione (si/no) con l'Azienda



	PC	PR	RE	MO	BO	IMOLA	FE	CESENA	RA	FO	RN	Totale
Con convenzione	7	34	32	78		23	43	19	11	14	9	270
Senza convenzione	21	75	72	9		13	6	18	5	22	1	242
Non pervenuto		3	53	2	118	1		1				176
Totale regionale	28	112	157	89	118	37	49	38	16	36	10	690



FASE MONITORAGGIO- Suddivisione fra Ausl e Aosp





IL RAPPORTO TRA LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO E LE AZIENDE SANITARIE

SINTESI DELLA DISCUSSIONE NEL PRIMO GRUPPO DI LAVORO

Coordinato da **Luigi Tirota** (CCRQ e CCM Azienda Usl di Piacenza) e da **Vittoria Sturlese** (CCRQ e Agenzia sanitaria e sociale regionale)

Relazione Luigi Tirota

Grazie e complimenti ai colleghi che hanno contribuito ad animare la discussione e ad individuare i punti che andremo a vedere insieme. Elencheremo quanto è emerso nella discussione, pur senza entrare nei dettagli, punto per punto: sarebbe auspicabile, ma dispersivo visto l'obiettivo della giornata. I punti che sono emersi saranno gli spunti per la successiva ricerca sul campo e i contributi sono stati preziosissimi. Emerge l'esigenza di una prossimità, cioè una vicinanza dei volontari con i servizi, sia in fase di degenza - quindi in rapporto con il malato - sia nel socio sanitario.

Una cosa che mi preme mettere in evidenza è che il sociale è emerso nella nostra discussione prepotentemente. I temi affrontati sono:

1. auto-mutuo aiuto
2. supporto all'innovazione, ricerca, innovazione
3. assistenza tecnica e giuridico-legale
4. attivazione della solidarietà intesa come aiuto e/o contributo a far stare meglio le persone
5. dare gambe all'integrazione socio-sanitaria, anche nella collaborazione fra associazioni e fra enti ai quali le associazioni afferiscono.

Una sinergia ha bisogno di codifica, cioè di convenzioni e regolamenti. Anche qui è emersa prepotentemente l'esigenza e l'importanza della convenzione tra associazione e SSR. Una convenzione che non abbia l'obiettivo di definire tempi e scadenze, ma che sia invece la ridefinizione di procedure e rapporti.

Come qualcuno dei colleghi citava a titolo di esempio, se attiviamo una convenzione e diamo la collaborazione per un certo tempo, è un problema se poi la convenzione finisce e tutto quello che di buono s'è fatto, si perde. L'obiettivo è quello di garantire la continuità e il rinnovamento.

L'eccesso di proceduralizzazione delle attività che l'associazione deve svolgere comporta anche il rischio di limitare in un certo senso la libertà - anche in termini di tempestività - nello svolgere queste attività. Quindi il dibattito sulla convenzione è ambivalente

La sinergia può essere anche facilitata dal coordinamento dei servizi offerti, sia tra associazioni - e infatti abbiamo scritto "intra-associazioni" - che verso l'Azienda sanitaria.

Un altro aspetto importante emerso è l'esigenza di strutturarsi in rete. Se le associazioni sono in rete, i volontari sanno dove rivolgersi quando hanno bisogno di supporto. Si deve quindi creare un punto di raccordo.

In questo, senza volerlo, siamo andati a collegarci con il regolamento e il distretto socio-sanitario, e con l'importanza e il peso che deve avere il distretto socio-sanitario nel rapporto di collaborazione tra le organizzazioni di volontariato e l'Azienda sanitaria.

Alla base va costruita e condivisa una vision che dia risposta ai bisogni delle persone.

È emerso il timore di una eccessiva polverizzazione, con conseguente non conoscenza o non riconoscimento dell'attività e del ruolo delle associazioni.

Si è lamentata anche - e di questo è opportuno che si prenda carico chi di noi ha un certo livello di responsabilità - una scarsa tempestività nelle risposte da parte delle Aziende sanitarie alle richieste del CCM. Sono stati citati nel gruppo esempi specifici di risposte assenti o tardive.

In un caso, portato ad esempio, le associazioni di volontariato si sono attivate coinvolgendo la popolazione nella raccolta di una somma ingente, per l'acquisto di una TAC per l'ospedale locale, al fine di regolamentare meglio le liste d'attesa, ma l'inaugurazione e l'avvio di questi strumento viene sempre spostato in avanti e si aspetta ancora una risposta.

Si è parlato infine delle pratiche di visibilità e di valorizzazione.

Di visibilità intesa come dotare le Aziende sanitarie e/o ospedaliere, le strutture sanitarie e quant'altro abbia a che fare con il rapporto tra la cittadinanza e i servizi socio-sanitari, di punti di ascolto, sportelli per il volontariato, URP (che già funziona), bacheche, schermi interni che possano mettere l'utenza nelle condizioni di conoscere quali sono le associazioni di volontariato che operano all'interno di quell'Azienda. E' compresa naturalmente anche la homepage del sito web aziendale.

IL SECONDO GRUPPO DI LAVORO

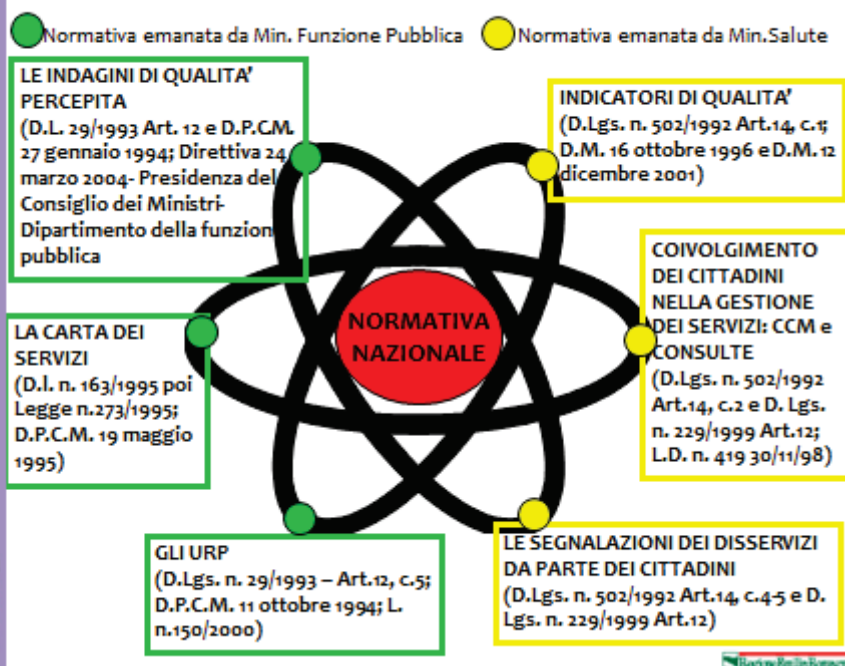
L'ASCOLTO DEI CITTADINI

PRESENTAZIONE



L'ascolto dei cittadini

Maria Augusta Nicoli (Agenzia Sanitaria e Sociale regionale dell'Emilia-Romagna)
Mariangela Pedrozzi (CCM, Az.osp Parma)
Agostino Ruiu (CCM, Az.osp Reggio Emilia)
Antonio Cesare Guzzon (CCM, Az.USL Ferrara)
Doriana Ottavi (CCM, Az. USL Ravenna)



Il Laboratorio per l'ascolto e il coinvolgimento dei cittadini, della comunità e dei professionisti e le attività condivise con il CCRQ

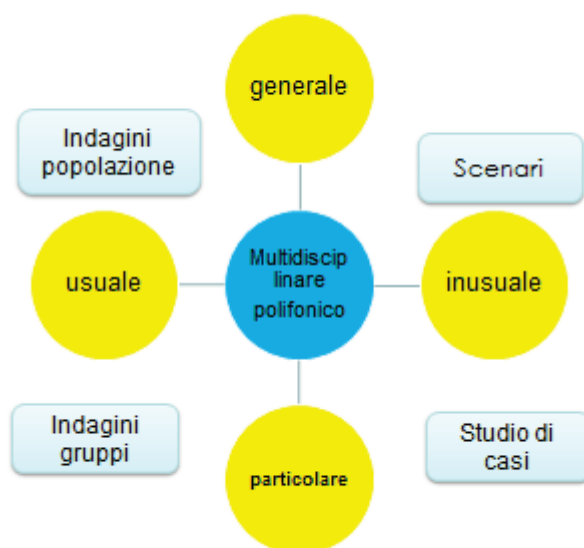
1. L'organizzazione



2. Il sistema



3. L'approccio



PROGRAMMA PER ASCOLTO E COINVOLGIMENTO DEI CITTADINI - LINEE GUIDA

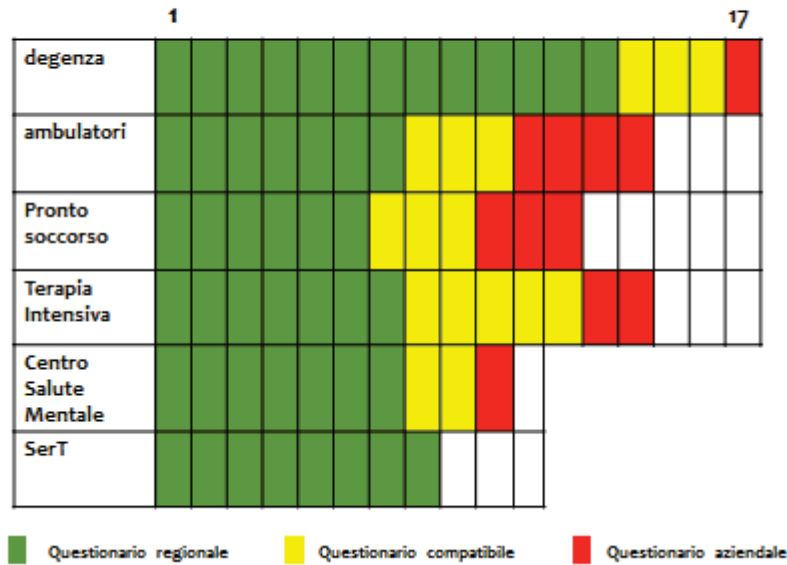


- CARATTERISTICHE PRINCIPALI:**
- Adattabili ai contesti locali
 - Non vincolano necessariamente alla produzione di un Programma dedicato
 - Chiariscono e indicano responsabilità e interfacce
 - Rispondono all'esigenza di dare rilevanza a pratiche già esistenti a livello aziendale e regionale ("Laboratorio ascolto")
 - Formato facilmente fruibile (Guida del telefono a schede)

IL SISTEMA INFORMATIVO DELLE SEGNALAZIONI DEI CITTADINI - Strumenti



Indagini di rilevazione della qualità percepita nei servizi di Degenza e in servizi specifici (programmazione triennale 2010-2012).



GLI INDICATORI – La valutazione della qualità dal punto di vista del cittadino



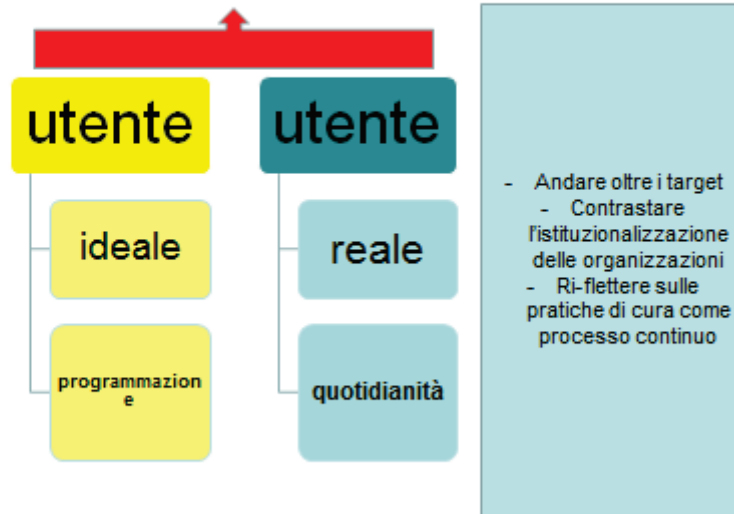
RICERCA CORRENTE 2012 (Agenas/Assr/Aziende) - I PROTOCOLLI DI SPERIMENTAZIONE RER

STUDIO 1: Sperimentazione di *priority setting* (LIVELLO AZIENDALE)
OBIETTIVO: SELEZIONARE, ALL'INTERNO DELLA CHECKLIST GLI INDICATORI CONSIDERATI RILEVANTI IN RER (mettere in ordine di importanza)
CHI: cittadini e operatori
DOVE: in tutte le aziende (19)

STUDIO 2: Sperimentazione di rilevazione (LIVELLO AZIENDALE)
OBIETTIVO: RILEVARE GLI INDICATORI DELLA CHECKLIST
CHI: cittadini e operatori
DOVE: in 8 Aziende

STUDIO 3: Definizione di un set minimo di indicatori (livello regionale)
OBIETTIVO: DEFINIZIONE DI UN NUMERO MINIMO PER VALUTARE LA QUALITA' DAL P.D.V DEL CITTADINO (Checklist umanizzazione +Altri indicatori presenti in RER)
CHI: gruppo di regia regionale composto da cittadini e operatori

Spunti di riflessione Inusuale



Spunti di riflessione

Punti di forza

- Impianto di sistema
- Omogeneità di metodi e strumenti
- Approccio inclusivo degli attori

Punti di criticità

- Sbilanciamento verso l'usualità
- Standardizzazione delle metodologie
- Legame debole tra analisi ed azioni di miglioramento

L'ASCOLTO DEI CITTADINI

SINTESI DELLA DISCUSSIONE NEL SECONDO GRUPPO DI LAVORO

Coordinato da **Antonio Cesare Guzzon** (CCRQ e CCM Azienda USI di Ferrara) e da **Maria Augusta Nicoli** (CCRQ e Agenzia sanitaria e sociale regionale)

Relazione Antonio Cesare Guzzon

Nel nostro gruppo di lavoro abbiamo concordato assieme 7/8 punti da sviluppare. Abbiamo pensato all'ascolto nel senso di uscire, incontrare l'utente reale, dare visibilità ai CCM e a ciò che abbiamo fatto, partecipare alla conferenza sanitaria.

Non ha troppa importanza se, come è probabile, ci sovrapponiamo con quanto hanno discusso gli altri gruppi di lavoro.

Riteniamo basilari, per quanto riguarda questo aspetto, la formazione e l'informazione.

Anche per noi sono fondamentali i punti di ascolto, e aggiungo che il nuovo regolamento prevede che vi sia una precisa sede dei Comitati consultivi. Anche questo aspetto sarà utile.

Oltre che punto di ascolto, questo luogo potrà essere anche un punto di ritrovo dei componenti dei comitati per discutere prima delle riunioni.

Quando parliamo di "formazione circolare", intendiamo dire che è vietato improvvisare. Non si devono promettere delle risposte, si devono dare delle risposte.

Altro punto chiave è l'apertura del CCM a tutte le organizzazioni e ai medici di base, anche se questi partecipano già, in teoria. Se riteniamo opportuno che il medico di base diventi un punto di riferimento per la sanità, come la intendiamo in questo momento, l'appello deve essere rivolto a tutti, a tutti i livelli.

Suggerisco di considerare alcuni aspetti che sono stati trascurati e che potrebbero aprire nuove prospettive di lavoro.

Mi riferisco alla "green economy", che rappresenta un esempio di responsabilizzazione sia a livello aziendale che di cittadinanza. L'ascolto è fondamentale per poter produrre un cambiamento culturale nei cittadini, per portare avanti un diverso concetto di salute. Mi riferisco, per esempio - ed è un caso concreto accertato - a quelle persone che vanno al Pronto Soccorso per misurarsi la pressione.

L'augurio, infine, è che questa giornata non sia un punto di arrivo ma un punto di partenza. Spero che siamo in grado di incontrarci ogni tanto per far il punto sulle nostre attività e sui CCM, senza dover aspettare altri dieci anni.

IL TERZO GRUPPO DI LAVORO

IL NUOVO REGOLAMENTO TIPO DEI CCM

PRESENTAZIONE

Gruppo di lavoro 3

Il nuovo regolamento tipo dei Comitati Consultivi Misti

a cura di:
Anna-Maria Vanti e Luigi Scortichini
Componenti CCRQ

 **Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi**
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Perché un nuovo regolamento tipo?

- ✓ 20 anni dalla legge 19/94, 14 dalla DGR 320/2000
- ✓ due circolari di indirizzo (n.18/2003 e n.10/2010)
- ✓ il CCRQ ha analizzato tutti i regolamenti aziendali rilevando criticità, disomogeneità, soluzioni interessanti
- ✓ ha proposto alla Regione la 3° revisione degli indirizzi
- ✓ sono giunte segnalazioni critiche sulla composizione CCM
- ✓ ruolo dei distretti, Aree vaste, Azienda interprovinciale...
- ✓ la RER ha scelto di non riproporre alle Aziende un 3° atto di indirizzo generico, finora rispettato solo in parte
- ✓ ha proposto al CCRQ un nuovo regolamento-tipo regionale più attuale e approfondito sul piano giuridico e logico

 **Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi**
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Le novità del nuovo regolamento tipo (1)

- ✓ Un CCM per ogni distretto (Ausl), referente il direttore del distretto
- ✓ Il "coordinamento aziendale dei CCM" (Ausl provinciali, interprovinciali)
- ✓ Definizioni: "parte del volontariato/difesa dei diritti" e "parte pubblica"
- ✓ "Tavoli di coordinamento dei CCM" interaziendali, provinciali, di Area vasta
- ✓ Le sedi vanno indicate nel regolamento
- ✓ IL CCM/Coordinamento dei CCM propone all'Azienda il rappresentante per CCRQ
- ✓ Il CCM realizza "azioni", non "attività" generiche



Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi

l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
DELL'EMILIA ROMAGNA

Le novità del nuovo regolamento tipo (2)

- ✓ Relazione annuale del CCM pubblicata nel sito Az.le e trasmessa al CCRQ
- ✓ Composizione integrata con ulteriori organizzazioni di difesa dei diritti radicate nel territorio
- ✓ Componenti volontariato/difesa: esclusione se rapporti di lavori o economici con l'Azienda, il SSR, strutture sanitarie/socio-sanitarie pubbliche/ private
- ✓ Nomina contestuale dei componenti effettivi e dei supplenti
- ✓ Durata in carica e decadenza del componente
- ✓ Rapporti verso l'esterno del CCM con espressione di giudizi di valore: non più necessario acquisire il parere del Direttore generale/distretto



Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi

l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
DELL'EMILIA ROMAGNA

La bozza del nuovo regolamento tipo

E' prevista per la prima volta un'unica struttura logica:

- ✓ art. 1: costituzione (*)
- ✓ art. 2: sede (*)
- ✓ art. 3: funzioni
- ✓ art. 4: composizione
- ✓ art. 5: organi
- ✓ art. 6: elezione, durata in carica, decadenza organi
- ✓ art. 7: decadenza e ricostituzione del comitato
- ✓ art. 8: durata in carica e decadenza del componente (*)
- ✓ art. 9: modalità di funzionamento
- ✓ art. 10: coordinamento aziendale dei CCM (*)

(*) nuovi argomenti



Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Le tappe del percorso

- ✓ CCRQ: analisi regolamenti aziendali, proposta di revisioni
- ✓ RER: studio e bozza di un nuovo regolamento tipo
- ✓ CCRQ: discussione, revisioni e approvazione della bozza
- ✓ RER: invio alle Aziende con richiesta di osservazioni
- ✓ Aziende sanitarie: Osservazioni sulla bozza
- ✓ Seminario CCM di oggi: Gruppo di lavoro sul regolamento
- ✓ RER: Sintesi e integrazioni del regolamento tipo
- ✓ CCRQ: esame della proposta integrata e parere
- ✓ RER: approva e delibera il nuovo regolamento tipo



Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Spunti per il lavoro del gruppo n. 3 sul "Regolamento-tipo dei CCM"

1. **Il CCM nel raccordo tra sanitario e sociale:**
rapporti con la CTSS e i Comitati di distretto
2. **Composizione CCM: un organismo rappresentativo**
 - solo le Associazioni iscritte al Registro Volontariato?
 - altre organizzazioni di difesa dei diritti?
 - presenza delle Organizzazioni Sindacali?



Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Spunti per il lavoro del gruppo n. 3

3. **Composizione CCM: un organismo misto ed efficace**
 - numerosità dei componenti
 - presenza dell'URP
 - ruolo e scelta del Vice presidente
4. **Rapporti del CCM con l'esterno**
 - enti, istituzioni, associazioni, cittadini, media
 - l'espressione di giudizi di valore: previo parere della Direzione aziendale?



Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

SINTESI DELLA DISCUSSIONE NEL TERZO GRUPPO DI LAVORO

Coordinato da **Luigi Scortichini** (CCRQ e CCM Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna) e da **Anna-Maria Vanti** (CCRQ e Direzione generale sanità e politiche sociali regionale)

Relazione Anna-Maria Vanti

È stato un incontro molto vivace, una riunione impegnativa e “tosta”. Da inguaribile ottimista, penso però che tutta questa vivacità e questi toni appassionati vogliano dire che i tempi sono maturi per affrontare una discussione ad ampio raggio, sul regolamento e sulla connotazione dei CCM. Ed è una discussione che certamente non riusciremo a esaurire oggi, perché i temi all’attenzione sono molti e complessi.

Abbiamo forse toccato i punti giusti con le nostre provocazioni e le nostre presentazioni. Di sicuro non può bastare questo gruppo per sviscerare tutta la mole di lavoro sul regolamento dei CCM, fatta a livello di CCRQ e a livello regionale, anche considerata l’ampiezza degli argomenti presenti nella nostra agenda. Certo sarà necessario continuare a confrontarsi. Vi dico quindi rapidamente quali sono i temi che sono stati affrontati e le posizioni, non sempre concordi, che sono emerse.

Per quanto riguarda l’integrazione sociale-sanitaria e le forme di partecipazione dei cittadini sono emerse alcune ipotesi che vi elenco, perché non siamo arrivati ad una soluzione che mettesse d’accordo tutti.

È emersa l’ipotesi di creare, al livello delle Aziende sanitarie, un unico Comitato consultivo misto che sia sociale e sanitario. Si parte dal fatto che la sanità è sempre più attiva sul territorio. Per quanto riguarda l’ambito sociale e socio-sanitario, le ASP si stanno aggregando in ASP sempre più grandi.

Ma è stata avanzata anche un’altra soluzione, ovvero che nelle Aziende ci possano essere due Comitati consultivi misti, quello sociale e quello sanitario/socio-sanitario con una modalità comune di raccordo.

È stata messa in discussione anche l’attribuzione alle Aziende sanitarie dei Comitati consultivi misti: c’è chi sostiene infatti che la legge 19 in realtà non dica che i Comitati consultivi misti siano organismi delle Aziende, ma solo che i CCM debbano essere attivati nelle realtà ospedaliere o nei servizi. Personalmente ho molti dubbi su questa interpretazione, che smentisce una storia radicata di vent’anni.

È stata presentata nel gruppo una proposta che ha già avuto un discreto accordo all’interno del Comitato consultivo misto aziendale di Bologna. Un’ipotesi che prevede che i Comitati consultivi misti siano nominati dai Comitati di distretto - diventando quindi non più organismi delle Aziende ma organismi dei Distretti - e che il Comitato consultivo misto di livello aziendale sia nominato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria. È un’ipotesi da valutare, pure sul piano giuridico, che a Bologna ha incontrato un buon consenso. Si è parlato anche di un documento di indirizzo, già discusso da alcuni partiti e presentato (o da presentare) in Commissione sanità della Regione, che chiede la piena autonomia dei Comitati consultivi misti dalle Aziende sanitarie. Tutto questo per darvi l’idea del fatto che veramente si è spaziato molto.

Sono state espresse forti preoccupazioni. Se saremo fuori dalle Aziende sanitarie che fine faremo, chi ci ascolterà? Questa è effettivamente una preoccupazione abbastanza condivisa, che inserisco a onor del vero nell’elenco dei temi che sono stati affrontati, perché non siamo arrivati a conclusioni comuni.

Ovviamente siamo tutti d’accordo sul fatto che i regolamenti non possono modificare le leggi, per cui al momento dobbiamo, pur con le dovute aperture, rimanere nell’alveo della legge 19 e al tempo stesso lavorare per proporre cose nuove. Questo in considerazione del fatto che le leggi vanno applicate, ma non sono scritte sulla pietra. A maggior ragione quelle regionali, che possono essere modificate dalla Regione.

Per quanto riguarda le aperture che sono state fatte di recente con la nuova bozza del regolamento tipo trasmessa dalla Regione a tutte le Aziende sanitarie e CCM, ricordiamo in particolare il tema della partecipazione all’interno dei Comitati consultivi misti di altre associazioni, anche non iscritte al registro del

volontariato, che abbiano una loro presenza significativa nel territorio. Su queste aperture ci sono state opinioni positive, ma anche preoccupazioni. Opinioni divergenti che hanno portato ad un dibattito per certi aspetti molto vivace.

Alcune Aziende sanitarie sostengono che da parte loro è complessa la gestione dell'apertura dei CCM ad altre forme associative, non solo di volontariato. E' stato suggerito, ad esempio, che la Regione fornisca l'elenco delle associazioni che potrebbero o meno entrare nei Comitati consultivi. Il mondo dell'associazionismo è molto ampio e la preoccupazione è quella che qualsiasi comitato di protesta o di tutela, magari solo riferito ad una piccola nicchia di cittadini, possa entrare a far parte del CCM.

C'è anche chi pone una richiesta diversa: basandosi su un'esperienza aziendale piuttosto complessa e conflittuale, chiede di lasciare alle Aziende sanitarie l'autonomia di stabilire quali e quante associazioni possano far parte del proprio Comitato.

Se un elenco chiuso può essere vincolante, probabilmente anche stabilire dall'alto le associazioni che possono o non possono entrare a far parte dei Comitati potrebbe creare dei problemi. In alcune Aziende sanitarie, da tempo rientrano nel CCM associazioni non iscritte al registro del volontariato, che hanno portato avanti un percorso positivo con le Aziende.

Cittadinanzattiva, presente alla discussione, chiede di dare un'interpretazione più chiara di questa apertura, una richiesta di cui non possiamo non tenere conto.

Una cosa interessante ci è stata detta da una componente del CCM di un'Azienda ospedaliero-universitaria: che quando parliamo di apertura del CCM alle associazioni radicate sul territorio, pensiamo soprattutto alle Aziende Usl, mentre per un'Azienda ospedaliera quello che interessa non è tanto il radicamento sul territorio, quanto il numero e la tipologia di associazioni che operano all'interno dell'ospedale.

Per quanto riguarda l'inserimento e la partecipazione al CCM delle organizzazioni sindacali, viene chiesto di indicare chiaramente se devono esserci oppure no. Nella nostra regione ci sono Aziende che hanno all'interno dei CCM le organizzazioni sindacali e sono contente di averle, altre che non le hanno mai avute e non sapevano nemmeno che ci fosse la possibilità di inserirle nei CCM. Una cosa è stata chiarita: che ci riferiamo solo alle organizzazioni sindacali dei pensionati, cioè a quelle che si occupano di una percentuale molto alta degli assistiti dal servizio sanitario, le persone anziane.

È nata anche l'idea di creare un organismo di coordinamento regionale fra il CCRQ e le associazioni non facenti parte tradizionalmente dei CCM, come le organizzazioni dei pensionati e altre associazioni.

Concludo infine sul tema della numerosità dei componenti, su cui è stato detto tutto, ma anche il contrario.

C'è chi sostiene l'importanza di stabilire un numero esatto di componenti del CCM, chi vorrebbe definire un range - con un numero minimo e uno massimo - c'è chi non vuole sacrificare la partecipazione e chi vorrebbe lasciar la decisione alla discrezionalità delle Aziende sanitarie. Si tratta dunque di una discussione aperta, che come vedete è molto vivace e ricca di spunti.

La presidente del CCRQ Giuseppina Poletti, in conclusione, suggerisce di non prendere oggi nessuna decisione sul regolamento, ma di riconvocare un gruppo di lavoro, anche esteso ad altri, coinvolgere il CCRQ e analizzare ancora gli aspetti che sono rimasti sospesi, anche alla luce degli spunti che dopo il seminario di oggi potranno arrivare in forma scritta. E' importante ragionare assieme, per trovare ciò che è bene per tutti, nell'interesse della tutela del cittadino. All'interno del CCM i componenti non devono tutelare solo la propria Associazione ed è importante continuare a discutere con serenità su questo tema. E riprendere in mano l'argomento non in termini di regolamento in senso stretto, ma di composizione dei CCM dal punto di vista legale. Abbiamo un lavoro da compiere e, vista anche l'apertura da parte della Regione, se ci fosse la necessità di cambiare le modalità relative a CCM e CCRQ il lavoro verrà fatto.

IL QUARTO GRUPPO DI LAVORO

L'OGGI E IL DOMANI DEL CCM

PRESENTAZIONE

L'OGGI E IL DOMANI DEI CCM

Dieci anni fa i CCM si sono messi allo specchio con questi temi:

- 1- precisazioni sul ruolo e l'atteggiamento del CCM
- 2- il rapporto con i cittadini
- 3- il rapporto con l'Azienda sanitaria
- 4- come organizzare l'attività del CCM
- 5- quali competenze e quale formazione per operare nel CCM



**Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi**
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

1- precisazioni sul ruolo e l'atteggiamento del CCM

- Il CCM è uno strumento attivo
- Deve saper rappresentare i cittadini
- Essere portatore dei bisogni della gente
- Deve essere in grado di valutare i servizi

2- il rapporto con i cittadini

- Il CCM non è conosciuto dai cittadini
- Dovrà manifestarsi nel fare per i cittadini
- Le Aziende dovranno favorire il rapporto con le comunità
- Ogni mezzo può essere utile per dare credito sia all'interno che alle istituzioni



**Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi**
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

3- il rapporto con l'Azienda sanitaria

- Costruire un rapporto di reciprocità
- Non essere in contrattazione ma critici
- I componenti aziendali devono favorire il rapporto
- Consapevoli che anche piccoli risultati possono migliorare il servizio
- Favorire il confronto fra le istituzioni

4- come organizzare l'attività del CCM

- E' un organismo di partecipazione e deve essere più omogeneo
- Costituire altro comitato per un Dipartimento non è sintomo di coesione
- È necessario una programmazione delle attività
- Favorire il lavoro di gruppo



**Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi**
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Oggi inizia forse un'altra era per i CCM, troviamo più esperienza, partecipazione, voglia di cambiare, ma è importante che non venga stravolto il vero motivo per cui il legislatore ha inteso costituire i CCM e cioè offrire la possibilità al cittadino di essere partecipe al miglioramento del servizio sanitario dal suo punto di vista.

Con questa giornata vorremmo cogliere tutti gli spunti di innovazione possibili per formulare una proposta agli organi preposti, affinché si possa affermare la validità politica dello strumento CCM e il supporto necessario perché possa produrre effetti positivi sul miglioramento del nostro sistema sanitario



**Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi**
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

ALCUNE IDEE PER IL DOMANI

Per rilanciare il ruolo dei CCM può essere utile:

- 1 con la costituzione delle Aree Vaste rivedere la normativa sui livelli, soggetti e contenuti della partecipazione ?
- 2 entrare a far parte di alcuni organismi aziendali (es. Collegio di Direzione, COSD, nucleo aziendale valutazione sinistri, ecc.) ?
- 3 promuovere il coinvolgimento del CCM nelle politiche aziendali ?
- 4 proporre che nel Bilancio di Missione e nel sito aziendale sia evidenziata l'attività del CCM ?
- 5 sollecitare l'azienda e la CTSS ad organizzare l'annuale Conferenza dei Servizi ?
- 6 collaborare alla mappatura e valorizzazione delle buone pratiche attivate a seguito di segnalazioni di utenti o del CCM ?



**Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi**
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

- 7 sollecitare le aziende ad utilizzare i questionari predisposti dall'ASSR per la valutazione della qualità percepita ?
- 8 partecipare alla stesura della Carta dei Servizi ed alla verifica degli impegni in essa assunti?
- 9 partecipare alla costruzione dei percorsi assistenziali?
- 10 proporre interventi per l'eliminazione delle barriere architettoniche e per la tutela di categorie fragili?
- 11 ripensare ai contenuti della formazione per i membri dei CCM ?



**Cittadini e sistema sanitario,
l'importanza di capirsi**
l'esperienza dei Comitati Consultivi Misti

Bologna, sabato 29 marzo 2014

Regione Emilia Romagna

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

la scala della partecipazione



SINTESI DELLA DISCUSSIONE NEL QUARTO GRUPPO DI LAVORO

Coordinato da **Maurizio Camattari** (CCRQ e CCM Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara) e da **Remo Martelli** (CCRQ e CCM Azienda Usl di Imola)

Relazione Maurizio Camattari

Un mio amico diceva che le leggi devono servire a rendere più semplice la vita dei cittadini, non devono complicarla. Quindi se c'è qualcosa da cambiare si deve cambiare.

Noi abbiamo operato in questo senso. Gli 11 punti che sono stati presentati questa mattina hanno ricevuto una valutazione dal gruppo in ordine di importanza. Relazioneremo in un momento successivo sui risultati, ma di tutti i punti che sono stati posti in discussione, ne abbiamo selezionati e discussi 4/5.

Questa mattina l'assessore ha detto parole importanti rispetto al coinvolgimento del corpo sociale, di cui noi siamo solo una parte. E' importante che l'Assessore e la Regione garantiscano l'agibilità dei CCM.

Tutti i Comitati devono poter essere anche monitorati nei loro risultati dalla Regione. La Regione deve sapere cioè, attraverso una relazione annuale dei Comitati consultivi, come questi CCM vivono il rapporto con l'Azienda sanitaria, perché altrimenti la garanzia che il sistema politico dovrebbe assicurare rischia di venir meno. Che sia in termini di bilancio di missione o altro, il rapporto tra Regione e chi opera in loco deve essere misurato.

Riguardo ai piani diagnostici-terapeutici-assistenziali: in molti hanno sottolineato l'importanza del coinvolgimento delle associazioni, oltre che a livello di comitato, anche nell'area del sociale. Questo coinvolgimento consente di garantire quella completezza del percorso a cui questa mattina si accennava. Mi riferisco ai soggetti che possono dare un contributo concreto e fornire informazioni ai pazienti per adottare comportamenti adeguati.

Quello che vogliamo è una medicina che non stia a guardare, ma che cerchi di andare incontro ai problemi e cerchi di intercettare le patologie. Ieri sera ad un incontro all'Ordine dei medici si parlava di cosa significa individuare un paziente nefropatico in tempo utile, prima che diventi un costo importante per il sistema. È fondamentale disporre di strategie che consentano di individuare tempestivamente i soggetti a rischio, in modo da migliorare la loro qualità di vita e ritardare il più possibile la necessità di ricorso alla dialisi.

Sul tema della formazione, selezione e proselitismo, essendo noi tutti piuttosto anziani, ci siamo posti il problema di capire come possiamo esprimere anche i bisogni di nuovi protagonisti del corpo sociale, da noi non rappresentati oggettivamente. Si è posto quindi il problema di come trovare nuove energie, nuove risorse, nuove persone da coinvolgere attivamente.

Infine, l'ultimo punto riguarda il regolamento dei CCM. La necessità emersa nel gruppo è quella di definire meglio quali sono gli argomenti su cui l'Azienda sanitaria deve consultare il Comitato. È stata chiesta su questo aspetto una maggiore chiarezza.

Chiusura dei lavori

Tiziano Carradori, Direttore generale sanità e politiche sociale Regione Emilia-Romagna

Consentitemi anzitutto di ringraziarvi per il lavoro che svolgete e che avete svolto in questi anni. Lo dico anche alla luce di quello che nella mia attività precedente ho avuto modo di apprezzare.

Alcuni cambiamenti - ma meno di quelli che nella mia attività di direttore generale di un'Azienda sanitaria ritenevo utile inserire nel sistema - sono stati possibili proprio perché c'era un contesto di riferimento che consentiva di vincere quelle inerzie presenti anche in sistemi forti e meritori come quello della nostra Regione.

C'è un detto che recita "L'esperto che ha la presunzione di essere tale senza il contributo del profano, sotto il profilo professionale è cieco, miope o strabico". Ogni atto può essere considerato da diversi punti di vista e ognuno di noi è, evidentemente, portatore di un punto di vista.

Il comportamento di noi professionisti, tecnici o medici, cambia significativamente quando passiamo dalla posizione di fornire assistenza a quella di riceverla. Sarebbe opportuno che questa consapevolezza noi la maturassimo prima.

Come dice quel grande affabulatore bolognese che è Bergonzoni "Non c'è bisogno di andare in pensione per scrivere dei libri dalla parte del paziente".

Vorrei riprendere soprattutto due aspetti fondamentali, dei tanti che avete affrontato.

Premetto che quella di oggi non può essere considerata una discussione conclusiva, ma solo l'inizio di un percorso di adeguamento. Questo non possiamo nascondercelo. Si può essere d'accordo o meno su una serie di questioni, ma quello che va evitato quando si deve costruire insieme è minare le condizioni di fiducia.

Siamo tutti d'accordo nel sostenere che il nostro sistema sociale e sanitario è immagine e specchio della società nella quale viviamo, dei suoi valori e delle sue rappresentazioni, intese come equità, solidarietà, ecc. Siamo altrettanto consapevoli del fatto che il sistema emiliano-romagnolo è tra i migliori, a livello nazionale ma anche internazionale.

Molte volte uso una locuzione che non piace molto ai miei datori di lavoro, dico che il nostro sistema è "il meno peggio". Significa la stessa cosa, ma dicendo "il meno peggio" dichiari che hai ben presente quello che sei, ma anche quello che non sei. E per chi fa il nostro mestiere, l'enfasi non va posta su quello che abbiamo consolidato, ma su quello che ancora ci manca per colmare quella distanza - che ci sarà sempre - tra le aspettative e quello che possiamo fare.

Affermiamo, quindi, che il nostro è un sistema sociale e sanitario forte e consolidato, e non è contraddittorio aggiungere che abbiamo parti importanti che non sono la rappresentazione di questa forza, sono anzi la rappresentazione della debolezza di un sistema tanto strutturato.

Ci sono parole alle quali ricorriamo molto spesso, in un modo così retorico che finiamo per auto-convincerci che sia così anche quando così non è: la globalità, il coordinamento... Un poeta francese diceva che ci sono parole piene di valore, ma prive di senso, perché ognuno di noi le interpreta come vuole. Questo vale anche in una lingua ricca come la nostra, ad esempio quando parliamo di qualità. Se parla un tecnico della qualità, mette subito in evidenza quella che è l'efficacia, cioè la capacità di risolvere il problema tecnico. Ma se considero la qualità dal versante del cittadino, lui ci dice: "Tu mi avrai curato la frattura del femore in 24/48 ore, ma se poi mi dimetti e non mi dai neanche una carrozzina, non mi hai dato niente". Ecco, in questo modo vedo la questione nel suo insieme, non ne vedo solo un pezzo.

Abbiamo, quindi, tutta una serie di aspetti che dobbiamo migliorare. E i servizi di welfare sono delle conquiste, non sono degli acquisiti. Sono conquiste, rappresentano anche le realizzazioni di chi ci ha preceduto e sono percepite come tali pure da coloro che dovranno occuparsene domani. Una conquista non è mai un acquisito definitivo e può essere sempre messa in discussione. Il problema di costruire il futuro esiste per tutti.

Noi oggi abbiamo sul tavolo una questione. Bisogna cambiare un approccio ancora basato sostanzialmente su un modello in vigore 25 anni fa, quello della malattia acuta. Un modello che aveva meno di oggi la necessità di guardare fuori dal particolare tecnico. Semplificando: fino a 25 anni fa i nostri problemi prevalenti erano i traumi e le malattie acute, da cui si ritornava con la piena restituzione, l'integrità, oppure con conclusioni anche nefaste.

Oggi siamo in una condizione totalmente diversa, dove la cura da sola non è sufficiente a risolvere i problemi. Dobbiamo quindi superare l'approccio sostanzialmente biomedico, che dice: "Tu hai una malattia, hai quei sintomi, io ti dò il trattamento per quella malattia e quei sintomi, se ho le condizioni efficaci ti risolvo il problema". Il nostro approccio ora deve essere quello cosiddetto bio-psico-sociale, perché la maggioranza dei problemi che mina le condizioni di salute della popolazione non può essere contrastata solo dal sistema dei servizi sanitari. Entra cioè in gioco un'altra serie di determinanti socio-economiche, che hanno una rilevanza altrettanto importante, se non maggiore, rispetto ai servizi sanitari. Abbiamo di conseguenza la necessità di riconciliare, una necessità che allarga anche i livelli della partecipazione civica, che non può limitarsi solo alle associazioni di volontariato.

Quando parliamo di partecipazione, io la distingo dal processo decisionale. Quando si partecipa l'ascolto va a 360 gradi, e comprende anche chi non rappresenta solo se stesso. Perché a questo servono l'ascolto e la partecipazione: ad uscire dalla presunzione di conoscere. Dobbiamo farlo, perché siamo in un mondo complesso e complicato da noi, uomini e donne, e dai problemi che abbiamo.

Questa mattina l'Assessore diceva che noi pensiamo ad un sistema di governance del pubblico "rafforzata". Io aggiungo anche "di natura modificata". Penso ad una governance di natura inclusiva, in cui c'è un soggetto evidentemente che decide, ma deve fare in modo che questa decisione contempli i punti di vista di coloro che in diversi modi concorrono alle decisioni, per adottare le scelte migliori, o meno peggiori che dir si voglia.

Coloro che sono chiamati a risolvere o a dare delle risposte si devono assumere una responsabilità, non solo relativamente al proprio particolare, ma una responsabilità più globale nei confronti della popolazione, che comprenda anche le aziende e i fornitori, di natura pubblica o privata.

I problemi che dobbiamo affrontare sono sostanzialmente rappresentati con tre parole: la cronicità, la multi-morbilità e la fragilità sociale ed economica. Questi sono gli elementi che oggi dominano e che anche domani continueranno a dominare lo scenario dei sistemi sociali e sanitari.

In funzione di questo quadro noi ci stiamo muovendo, in particolare, per consolidare l'assistenza primaria, non solo le cure primarie.

Le cure primarie riguardano la sanità, ma visto che il 40% della nostra popolazione di ultrasettantenni è in condizione di solitudine anagrafica, l'assistenza domiciliare diventa un servizio diverso, a seconda che si abbia una rete familiare o una condizione unifamiliare.

E se noi non teniamo conto di questo tipo di problemi, l'esito è che si va a finire dentro l'ospedale, perché comunque l'ospedale dà un senso di sicurezza. Ma ogni volta che si entra in ospedale c'è un 10% di probabilità media - che per la popolazione anziana ospedaliera è ancora maggiore - di prendere un'infezione.

Quindi, nonostante il mestiere che faccio, non guardo la questione dei costi e non dico che bisogna intervenire per migliorare l'assistenza perché questa costa troppo.

La spesa è la conseguenza di come noi facciamo le cose. E se una cosa è giusta da fare non è che non la si fa perché mancano i soldi. Certo, le risorse sono certamente una condizione limitante. Poi l'Assessore dice "Noi i soldi li abbiamo", e io aggiungo che più ce ne danno meglio è, ma questa è una banale questione di economia domestica.

Se si utilizzano dei quattrini senza dare un orientamento, si sottraggono quei quattrini collettivi agli usi alternativi che potrebbero dare risultati migliori. Quindi una riflessione va sicuramente fatta.

La riorganizzazione dell'assistenza primaria sociale e sanitaria vuole fare in modo che i servizi siano nelle condizioni migliori per assistere e trattenere le persone in ambito territoriale, non è una scelta dettata da ragioni di costo.

Non è vero, peraltro, che potenziare l'assistenza primaria costi meno. Produrrà dei risultati futuri, si dice che è un investimento a futuro rendimento, ma adesso costa. Anzi, per fare in modo di trattenere e assistere le persone in ambito territoriale, tenendo conto delle famiglie unipersonali, delle multimorbilità, delle fragilità e quant'altro, serve un riordino anche dell'assistenza ospedaliera.

Oggi non funziona più il meccanismo del tipo "Io mi ricovero in ospedale perché ho una sintomatologia legata ad un organo o ad un apparato e vado nel reparto di quella disciplina". Abbiamo il 70-75% dei nostri concittadini ricoverati che sono ultrasettantenni, nella stragrande maggioranza dei casi hanno una pluralità di patologie e una condizione di non-autosufficienza. In questi casi non è tanto la specialità particolare che ti dà una risposta, ma un contesto - nel quale si esprima anche quel tipo di specificità professionale - che consideri i bisogni complessivi delle persone.

In questo ambito c'è tanto da fare. Si parla di ospedale per intensità di cure, si parla di piattaforme assistenziali. Dobbiamo modificare le modalità con le quali la persona viene gestita durante il suo ricovero all'interno dell'ospedale, per consentirle di avere un punto di riferimento che la segua durante il suo percorso. Dobbiamo potenziare quella funzione di collante che dovrebbe svolgere chi eroga il servizio, e non il destinatario del servizio o i suoi familiari. Dal banale ritiro di un referto ad altro.

Un altro elemento che serve anche nell'interazione con il mondo variegato del volontariato, delle associazioni di promozione sociale e anche delle altre organizzazioni di rappresentanza dei cittadini è questo: non si possono toccare i servizi prima di avere toccato la struttura burocratica amministrativa. Una struttura che consuma risorse che, se dedicate all'assistenza, potrebbero dare altri risultati. Ecco quindi una serie di interventi tesi sostanzialmente a ridurre l'iter burocratico e amministrativo.

Se pensiamo che nella nostra regione i costi sostenuti dalle direzioni delle Aziende sanitarie variano da 80 a 153 euro pro capite a cittadino, ci rendiamo conto che non ha senso mantenere la duplicazione di servizi. A cosa servono a Bologna tre uffici del personale quando le persone che partecipano ad un concorso sono sempre le stesse? Non se ne può avere uno condiviso?

Ma ora chiudo su quest'argomento.

Perché secondo me è importante, al di là della retorica, la partecipazione?

Il nostro è un sistema che si regge sul finanziamento pubblico. La concorrenza, come la intendo io, è la capacità di fare in modo che la nostra gente preferisca questo sistema ad altri sistemi alternativi, di natura assicurativa o di natura privatistica. Se noi vogliamo che valga questa preferenza e questa concorrenzialità, l'ascolto e l'attenzione nei confronti di coloro a cui sono destinati i servizi sono fondamentali.

Non voglio ora parlare di altri settori molto diversi dal mondo della sanità, ma per qualsiasi organizzazione che produce servizi non esiste alcuna prosperità se coloro a cui sono destinati i servizi sono insoddisfatti.

Non ho bisogno di dire a voi qual è il grado di idiosincrasia (non sempre giustificata secondo me) nei confronti della tassazione. Se considerate questo aspetto e il fatto che senza rispondere adeguatamente alle aspettative dei destinatari dei servizi non si arriva da nessuna parte, non occorre aggiungere molto altro.

Ma c'è un'altra ragione che mi ricollega a quello da cui sono partito. I nostri sistemi, in particolare quello sanitario, non a caso si chiamano burocrazie professionali. Sono infatti sistemi fortemente strutturati e fortemente auto-referenziali.

Un esempio? È dalla fine degli anni Ottanta che si parla di sviluppare l'assistenza primaria. Nel 2008 l'OMS - per dire che non siamo soli ma magari male accompagnati o bene accompagnati - fa un rapporto e dice che va sviluppata "ora più che mai". A questo boom siamo finalmente arrivati, ma questo da cosa deriva se non dal fatto che siamo inerziali al cambiamento? Cioè siamo coloro, e lo dico con profondo rispetto (non fosse altro perché pure io come medico faccio parte della professione), che ai cambiamenti necessari contrapponiamo delle resistenze.

Potrei fare tanti esempi, ne cito solo uno che mi ha toccato personalmente in una delle mie attività da Direttore generale, apro un piccolo inciso. Sapete perfettamente cosa succede ad ognuno di noi, che sia un esperto, o che tra virgolette sia un "profano". In realtà quando uno è malato non è mai un profano perché sente le cose molto meglio, e qui ci sono tanti dati di letteratura a supporto. Quando ognuno di noi ha un problema serio non si ferma, nonostante tutta la fiducia che può avere in un medico, se c'è l'incertezza della diagnosi o della prognosi. Siamo tutti attaccati alla nostra vita terrena, io lo sono e penso tutti quanti. E quindi cerchiamo una pluralità di altri punti di vista, per ridurre il margine di incertezza. Non è etico che nel nostro sistema questo "secondo parere" sia assoggettato a pagamento. Proprio su sollecitazione delle associazioni dei pazienti, come in altre parti, si iniziò a parlare del cosiddetto "secondo parere gratuito". Perché bisogna pagare centinaia di euro per avere un secondo parere e farlo di nascosto? Alcuni possono farlo, io stesso appartengo a coloro che lo possono fare. Ma non è questo il valore, il principio a cui ci ispiriamo. Eppure questa soluzione è certo che abortisce - così si prende atto anche dei fallimenti - se non c'è il supporto di coloro ai quali determinati tipi di misure sono destinate.

Perché naturalmente noi resistiamo, e spesso lo facciamo muovendo le obiezioni più incomprensibili dal punto di vista tecnico, come "Ma facendo così si mina la relazione di fiducia", oppure "Tu distingui i medici di serie A dai medici di serie B". Non sono un esperto di metafore calcistiche, perché non ne capisco tanto, ma credo che chi gioca nella serie A non trovi gusto nel vincere con una squadra in promozione.

Chiudo su alcune questioni.

La prima è che credo così tanto al contributo di coloro che in un modo anche variegato rappresentano le ragioni di esistenza del nostro servizio - cioè i destinatari dei nostri servizi - che ho il sacrosanto terrore di inquadrarli in una regolamentazione.

Chi mi conosce sa che sono diretto, e anche che cerco di portare dati di letteratura. I rappresentanti dei cittadini sono praticamente "morti", in quei paesi dove le aziende o trust li hanno inclusi al loro interno in modo strutturato. Perché l'istituzione e la regola sono importanti e fondamentali, ma imbalsamano e riducono i margini di manovra e di libertà.

Se io cerco la partecipazione, sto cercando qualcuno con spirito critico, ho bisogno di qualcuno che mi dica ciò che pensa. Per far questo ci vuole libertà, e la libertà è dialettica. La libertà è che tu non dipendi da qualcuno, non sei vincolato. E ve lo ribadisco, perché questo aspetto non va sminuito. Qualsiasi tipo di organizzazione, che sia politica o altro, più è inquadrata in qualche cosa di strutturato e regolato, più è delimitata nei suoi margini di libertà.

Penso che se le associazioni fossero state all'interno della mia Azienda, non avremmo fatto certi cambiamenti. Parlo di cambiamenti che non pensavo di dover fare, così capite che cosa vuol dire lo strabismo e la miopia di un tecnico più o meno presuntuoso. Insomma, non si sarebbero mai permessi di venirmi a dire "Ma che bestialità dice?".

Vi dico ciò che penso, non vi parlo di una decisione presa, perché da qui partiamo per aggiustare le questioni. Io penso che il Comitato Consultivo Misto non debba essere un organismo dell'Azienda sanitaria. Difendo all'arma bianca il mio essere tecnico, ma certo le Aziende non le ho comprate, non le comprerò mai, né posso farlo. Non si governa un'Azienda sanitaria come se si fosse il padrone di un certo affare. C'è invece un soggetto che ti dà la committenza, che ha il compito della programmazione e della valutazione. Ecco, io ritengo che se dobbiamo dare valore al vostro contributo, voi dovete essere un organismo che viene valorizzato da coloro che controllano, programmano e valutano il mio mestiere.

Il mondo è bello e vario, e qui cito sempre la mia ultranovantenne mamma, che dice "E' bello che è vario, ma è anche avariato". E' vero, noi siamo diversi, e il valore di un contributo non può essere associato alla sensibilità del Direttore generale di turno.

Niente ci dà una certezza e non si può semplicemente "appiccicare" un organismo da una parte. Questa non è una questione di ingegneria istituzionale, ma è una questione di valori, è una questione di visione. Il soggetto più appropriato per fare in modo che le suggestioni, le critiche, i suggerimenti che vengono dal contributo dei destinatari e di chi li rappresenta a vario titolo, siano ascoltate e che io debba darne conto, è il mio datore di lavoro, ovvero la Conferenza territoriale sociale e sanitaria. Ecco perché dico che il Comitato debba essere lì.

A proposito di mettere assieme il sociale e il sanitario, ho sentito dire stamattina "Facciamo anche i Comitati consultivi misti nel sociale!". Ma scherziamo? Dobbiamo invece integrare il sociale e il sanitario! E noi andiamo a ricreare ancora delle suddivisioni?

Se voi ci pensate, la Conferenza territoriale sociale e sanitaria è anche il luogo dove si deve integrare, appunto, il sociale e il sanitario, perché là siedono tutti i Comuni.

Nella Conferenza siede il Direttore generale, nella Conferenza- a seconda della regolamentazione che si dà siede il Direttore del Distretto.

Pensiamo ad un'Azienda sanitaria come quella che è stata di recente generata in Romagna. Per un'Azienda di quelle dimensioni, bisogna necessariamente sviluppare un livello di decentramento di natura distrettuale che coniughi l'integrazione e la visione più completa possibile. Perché non pensiamo al CCM come organismo dell'Azienda? Perché il grado di contestabilità di quello che rende disponibile il Direttore - dico il Direttore perché riassume tutte le responsabilità aziendali - non è pari a quello che può essere preteso da una Conferenza, che chiede conto di cosa è stato fatto relativamente ad alcune tematiche.

Tocco infine un argomento che ha generato delle discussioni. Chi deve partecipare al CCM? Solo le associazioni iscritte al registro regionale? Altre organizzazioni? La mia risposta è: tutti!. Abbiamo bisogno del contributo di tutti. Attenzione, quando dico "tutti" non significa che lo stesso identico soggetto con interessi molteplici si debba trovare in mille tavoli diversi.

[Non so perché applaudono, forse non sono riuscito a spiegarmi]. Un conto - e qui forse cambierà idea chi ha applaudito - è il sindacato, che ha i suoi tavoli di concertazione e di contrattazione. Un conto però è quella componente di sindacato che rappresenta il 75% dei nostri destinatari di servizio. Quindi: se qualcuno vuole parlare dei contratti va da un'altra parte! Ma se io devo dire come sto funzionando ad esempio nei confronti della popolazione anziana, perché devo precludere la partecipazione a queste forme di rappresentanza? Perché si chiama sindacato?

La partecipazione, dunque, deve essere la più ampia possibile. Per questo non mi piace il discorso di molti miei colleghi del tipo “Ma se sono in tanti, dopo non si gestisce più”. Anche voi siete tanti, ma potete darvi una strutturazione che consenta di fare sintesi.

Pensiamo alla Romagna. I Comuni penso siano circa una settantina, tra fusioni, unioni dei Comuni eccetera. Siccome settanta Comuni sono troppi per decidere, allora facciamo una Conferenza in cui ne consideriamo solo dieci? Che idea di partecipazione! Se siamo tanti, si indirà un esecutivo, un esecutivo con delle determinanti, ma non possiamo agire precludendo chi è portatore di qualcosa. L'organizzazione serve proprio a risolvere i problemi di natura gestionale.

Un'ultima questione, poi chiudo.

Ho passato un periodo della mia vita di formazione in Canada. Là le associazioni, oltre che essere di rappresentanza, oltre che essere inserite negli organi decisionali non tecnici, non dipendono dal Direttore generale. Non stanno dentro le organizzazioni. Vi sono i Consigli di Amministrazione, che sono espressione del governo politico, e i rappresentanti degli utenti dipendono dal Consiglio di Amministrazione. Il Consiglio di Amministrazione dà il mandato al Direttore generale e poi gliene chiede conto, e ha quindi dei poteri non indifferenti.

In Canada, però, fanno anche un'altra cosa: sostengono materialmente il contributo di queste Associazioni. Non voglio entrare nella questione pagamenti e rimborsi, ma sostegno vuol dire sedi, vuol dire strumenti, vuol dire accesso alle informazioni, vuol dire rendicontazione e vuol dire anche contributo economico progettuale.

Un collega questa mattina parlava del “Dipartimento di Salute mentale di Bologna”, ma avremmo tante esperienze di questo tipo nell'ambito della Regione. Di strumenti tecnico-amministrativi per sostenere legittimamente le associazioni ce ne sono. E io penso che dobbiamo dare valore a questo contributo senza farlo tracimare in altro, senza farlo tracimare in remunerazione.

E' vero che qualche cosa, che non sia espressione solo ed esclusivamente dell'apertura del Dirigente di turno, va strutturata. Penso che questa riflessione vada davvero affrontata.

Chiudo sottolineando quello che avete già detto. Certo che la legge si cambia, non possiamo tenerci una legge che non riteniamo funzionale a quel che vogliamo fare, non la lasciamo lì solo perché è una legge. La legge è uno strumento, non un fine. E una volta fatta non resta fissa, anche se in Italia abbiamo tante espressioni che dimostrano il contrario.

Penso che quello di oggi debba essere considerato il punto di riflessione di un'attività poliennale, di un'attività pregressa che ha messo in evidenza potenzialità, pregi e limiti. Da questo punto noi dobbiamo partire, per costruire l'assetto normativo e operativo che ci consenta di risolvere una serie di problemi. Certo non tutti, poiché se ne risolve uno e ne segue un altro.

Dobbiamo abituarci a guardare costantemente a quello che abbiamo fatto, per provare a modificarlo in caso di errore prima che sia troppo tardi. Se vuoi andare a Palermo, non ti accorgi di avere sbagliato strada quando sei arrivato in Svizzera, ci puoi arrivare prima.

E quindi - e qui chiudo e vi ringrazio di nuovo - siamo pronti totalmente e doverosamente a cambiare le norme. Le riflessioni che voi nel tempo avete fatto e quelle che anche oggi avete ulteriormente strutturato, saranno particolarmente preziose.

INDICE

Apertura dei lavori

<i>Giuseppina Poletti</i> , Presidente del CCRQ	pag. 1
<i>Carlo Lusenti</i> , Assessore politiche per la salute Regione Emilia-Romagna	1

Primo gruppo di lavoro: Il rapporto tra le associazioni di volontariato e le Aziende sanitarie

- Presentazione 5
- Sintesi della discussione 10

Secondo gruppo di lavoro: L'ascolto dei cittadini

- Presentazione 12
- Sintesi della discussione 18

Terzo gruppo di lavoro: Il nuovo regolamento-tipo dei CCM

- Presentazione 19
- Sintesi della discussione 23

Quarto gruppo di lavoro: L'oggi e il domani dei CCM

- Presentazione 25
- Sintesi della discussione 29

Chiusura dei lavori

<i>Tiziano Carradori</i> , Direttore generale sanità e politiche sociali Regione Emilia-Romagna	30
---	----

Coordinamento e redazione: Anna-Maria Vanti
Ufficio Informazione e comunicazione per la salute
Direzione generale sanità e politiche sociali Regione Emilia-Romagna

Progetto grafico e stampa: Centro stampa Regione Emilia-Romagna
Illustrazione di copertina: Bicio Fabbri 2014

Regione Emilia-Romagna
Assessorato politiche per la salute
Viale Aldo Moro, 21 40127 Bologna
Tel. 051 5277223
www.saluter.it
infosaluter@saluter.it
Numero verde del Servizio sanitario regionale 800 033 033

dicembre 2014

