

RISPOSTE ALLA CRISI

Esperienze, proposte e politiche di welfare in Italia e in Europa

Roma, 20-22 Settembre 2012

Il sistema informativo socio-sanitario e il supporto all'attività di programmazione

a cura di

Paolo Bosi*, Marilena Lorenzini**, Alice Scagliarini***, Fabrizia Paltrinieri****, Chiara Lambertini*****, Francesco Bertoni*****

* Capp (Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche)

Dipartimento di Economia, Università degli studi di Modena e Reggio Emilia

Via Berengario 51

41121 Modena

paolo.bosi@unimore.it

** Fondazione Ermanno Gorrieri per gli studi sociali

Via Emilia Ovest 101

41124 Modena

lorenzini@fondazionegorrieri.it

*** Azienda USL di Bologna

Via Castiglione 29

40124 Bologna

alice.scagliarini@ausl.bologna.it

**** Provincia di Bologna

Via Finelli 9/A

40126 Bologna

fabrizia.paltrinieri@provincia.bologna.it

chiara.lambertini@provincia.bologna.it

francesco.bertoni@provincia.bologna.it

Indice

Introduzione

1. Il modello di governance

- 1.1. Strumenti di governo a livello intermedio. Il livello politico**
- 1.2. Strumenti di governo a livello intermedio. Il livello tecnico**
- 1.3. Strumenti di governo a livello distrettuale**

2. Il progetto GARSIA

- 2.1. Accesso del cittadino e segnalazione del bisogno: lo sportello sociale**
- 2.2. La presa in carico**
 - 2.2.1. Definizione del Progetto Individualizzato di vita e di cure: il Responsabile del Caso**
 - 2.2.2. Assegnazione e autorizzazione del Servizio Socio/Sanitario**
 - 2.2.3. La continuità assistenziale nella dimissione protetta dall'ospedale e nella assistenza sanitaria domiciliare integrata (ADI)**
 - 2.2.4. La Gestione dell' intervento socio-sanitario**
- 2.3. GARSIA come strumento a sostegno della programmazione territoriale: il cruscotto socio-sanitario metropolitano e il sistema informativo socio-sanitario regionale**

3. L'utilizzo del sistema informativo per la programmazione dei servizi

- 3.1. L'analisi del bisogno: i dati degli sportelli sociali**
- 3.2. La domanda non soddisfatta: i dati sulle liste di attesa in strutture residenziali per anziani**
- 3.3. L'analisi del fabbisogno standard**

4. Considerazioni conclusive: punti di forza e criticità del progetto

Introduzione

Il contesto di crisi economica internazionale, che ha imposto politiche nazionali restrittive e conseguenti cospicui tagli ai fondi statali per le politiche sociali, determina a livello locale una forte necessità di conseguire un elevato livello di efficienza nell'utilizzo delle risorse.

Il conseguimento dell'efficienza è possibile unicamente attraverso l'analisi dei servizi offerti al cittadino. In questo senso, un ruolo cruciale è svolto dal sistema informativo, che permette di conoscere le caratteristiche dell'utenza in carico e verificare, pertanto, l'appropriatezza degli interventi erogati rispetto ai bisogni della popolazione.

La Regione Emilia Romagna da lungo tempo ha posto tra le proprie priorità la realizzazione del sistema informativo: ai sensi dell'articolo 28 della LR 2/2003, esso “...assicura la disponibilità dei dati significativi relativi allo stato dei servizi ed all'analisi dei bisogni. Il sistema informativo è finalizzato alla programmazione delle politiche sociali, ad un corretto utilizzo delle risorse...”.

A livello locale, nel territorio bolognese tale necessità si era manifestata anni prima, già nel 1997, attraverso il sistema informativo/gestionale GARSIA, realizzato nella AUSL di Bologna Nord e poi, a seguito dell'unificazione delle Aziende sanitarie del territorio bolognese, esteso anche agli altri distretti.

La rete GARSIA al momento connette tra loro 60 comuni (di cui 50 dell'Area metropolitana di Bologna e 10 del Nuovo Circondario Imolese), 6 distretti socio-sanitari dell'Azienda USL di Bologna, un distretto socio-sanitario dell'Azienda USL di Imola. Per quanto riguarda la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari dell'area metropolitana di Bologna, GARSIA connette, ai distretti e ai comuni: 106 strutture per anziani, 14 lungodegenze accreditate, due reparti di riabilitazione estensiva ed intensiva accreditati, 84 reparti ospedalieri dell'AUSL di Bologna, 20 reparti dell'Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi, 14 reparti dell'Istituto Ortopedico Rizzoli. Entro il 2013 essa sarà ulteriormente estesa a circa un centinaio di strutture e servizi per disabili e a tutta l'attività di presa in carico e valutazione dell'area minori.

L'informatizzazione, dunque, risulta completamente a regime per l'area anziani. Il sistema gestisce anche le dimissioni protette, nella logica della continuità assistenziale tra i servizi ospedalieri e quelli del territorio.

La ricchezza del sistema informativo che di seguito si descriverà permette di ottenere informazioni aggiornate in tempo reale utili alla realizzazione di una programmazione dei servizi socio-sanitari allargata, effettuata su base metropolitana. Le informazioni disponibili permettono di effettuare analisi di benchmarking relative all'efficacia e all'efficienza dei servizi, analisi relative ai bisogni espressi e alla domanda non soddisfatta e, di conseguenza, permettono al decisore politico di poter effettuare scelte consapevoli, basate su dati aggiornati.

Il presente lavoro ha, pertanto, l'obiettivo di descrivere le caratteristiche del sistema informativo realizzato nel territorio bolognese, evidenziando il percorso seguito – caratterizzato da un forte coinvolgimento degli operatori – e sottolineandone l'utilizzo ai fini della programmazione dei servizi.

In dettaglio, nel paragrafo 1 si descrive il modello di governance all'interno del quale è stata possibile la realizzazione del sistema informativo. Dopo la descrizione delle

caratteristiche generali del sistema (paragrafo 2), si affrontano la fase dell'accesso ai servizi (sportello sociale, paragrafo 2.1) e della presa in carico (paragrafo 2.2), distinguendo al suo interno i diversi passaggi (dal responsabile del caso, alla valutazione multidimensionale, all'erogazione del servizio). Di seguito, si descrivono la gestione dell'intervento socio-sanitario (paragrafo 2.3) e il Cruscotto socio-sanitario (paragrafo 2.4), per poi concentrare l'attenzione sull'utilizzo del sistema informativo per la programmazione, attraverso l'analisi dei dati sugli sportelli sociali (paragrafo 3.1), sulle liste di attesa (paragrafo 3.2) e sul fabbisogno standard (paragrafo 3.3). Nel paragrafo 4, infine, vengono sottolineati punti di forza e criticità del sistema informativo.

1. Il modello di governance

1.1. Strumenti di governo a livello intermedio. Il livello politico

Il modello di governance realizzato nel territorio bolognese a livello intermedio si basa su di un ruolo forte della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, l'organismo deputato alla programmazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali ed alla declinazione degli indirizzi di livello locale per la realizzazione delle politiche regionali.

L'attuale ambito territoriale delle CTSS coincide con quello delle Aziende Ausl: pertanto, il territorio provinciale bolognese è caratterizzato dalla presenza di due CTSS, quella di Bologna e quella di Imola.

La CTSS di Bologna, presieduta dall'Assessore alle politiche sociali e per la salute della Provincia di Bologna, è composta da¹:

- Presidente della Provincia o suo delegato;
- Sindaco del Comune di Bologna o suo delegato;
- Sindaci dei 49 Comuni o loro delegati;

Gli invitati permanenti sono:

- Direttore Generale Az. USL di Bologna;
- Direttore Generale A.O.S.P. S.Orsola-Malpighi;
- Direttore Generale Istituti Ortopedici Rizzoli;
- M. Rettore dell'Università di Bologna;

Considerata la presenza di due CTSS – come da richiesta regionale nel PSSR – è stata prevista per la provincia di Bologna l'istituzione del Comitato di coordinamento dell'area metropolitana, che garantisce il coordinato sviluppo dei programmi delle Conferenze territoriali sociali e sanitarie di Bologna e di Imola, con riferimento sia alle politiche per

¹ La CTSS ha individuato, quale proprio organismo di carattere esecutivo, l'Ufficio di Presidenza, composto da: presidente della Provincia o suo delegato, sindaco del Comune di Bologna o suo delegato, presidenti dei Comitati di Distretto.

la salute e per il benessere sociale, sia al funzionamento ed all'erogazione dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

Gli obiettivi di questo livello di governo intermedio sono:

- la valorizzazione del ruolo della CTSS come luogo di integrazione dei diversi soggetti e competenze istituzionali;
- la semplificazione e armonizzazione degli strumenti di programmazione che incidono sullo stesso ambito territoriale;
- lo sviluppo di una identità in grado di rafforzare e valorizzare l'articolazione distrettuale a rete del sistema territoriale integrato.

Le funzioni della CTSS, come da Piano Sociale Sanitario regionale, sono: di indirizzo, consultive, propulsive, di verifica e controllo.

1.2. Strumenti di governo a livello intermedio. Il livello tecnico

La CTSS è dotata di un **Ufficio di Supporto tecnico alla CTSS**, conformemente a quanto previsto dagli indirizzi regionali, che richiedono “una organizzazione minima che assicuri stabilmente e in modo continuativo le funzioni di coordinamento tecnico e di segreteria”. I principali compiti dell'Ufficio di Supporto sono supporto informativo, monitoraggio ed istruttoria ai fini dell'attività di indirizzo e verifica, promozione, raccordo e coordinamento, anche rispetto agli ambiti distrettuali, supporto alle iniziative di comunicazione e partecipazione politica, nonché funzioni di segreteria.

L'Ufficio di Supporto tecnico alla CTSS svolge le proprie funzioni in stretta connessione ed integrazione con le attività dell'Ufficio di Piano provinciale, dell'Ufficio di Piano-Ufficio di supporto alla Giunta del Nuovo Circondario Imolese e dello Staff Tecnico permanente.

L'Ufficio di Supporto tecnico si avvale dello **Staff tecnico permanente** per la definizione delle proposte tecnico operative di ambito metropolitano e per il coordinamento delle attività socio-sanitarie.

Lo Staff tecnico permanente è composto da:

- Dirigente Servizio politiche sociali e per la salute Provincia di Bologna/
Responsabile Ufficio di Supporto alla CTSS di Bologna
- Componenti Ufficio di Supporto alla CTSS
- Responsabile Ufficio di Piano Provinciale
- Responsabili Unità operative attività socio-sanitarie dei distretti AUSL
- Responsabili Uffici di Piano distrettuali
- Direttore Attività Socio-sanitarie dell'AUSL di Bologna

Lo Staff tecnico permanente svolge funzione di istruttoria, supporto e validazione delle attività della CTSS, concorda sulle modalità operative da utilizzare, affronta problemi di natura organizzativa e tecnica. Obiettivo del livello provinciale è quello di condurre il processo di costruzione dei Piani di zona per la salute ed il benessere sociale nel modo più omogeneo possibile.

Accanto agli organismi sopra descritti, a livello provinciale sono istituiti **Tavoli tecnici tematici** che, in qualità di organismi tecnico-consultivi a composizione variabile, assicurano il coordinamento permanente su alcune tematiche specifiche, individuate in coerenza con il Programma provinciale a sostegno delle politiche sociali, con le indicazioni regionali o su alcune tematiche che per loro natura richiedono approcci di intervento integrati o intersettoriali. Tali organismi svolgono funzioni di coordinamento tra i diversi enti coinvolti, nonché funzioni di monitoraggio, valutazione, supporto, promozione di attività formative.

1.3. Strumenti di governo a livello distrettuale

Al livello distrettuale, si evidenzia il ruolo centrale del **Comitato di Distretto**, al quale spetta una funzione di governo, relativa alla programmazione di ambito distrettuale (comprensiva dell'area della non autosufficienza) ed una funzione tecnico-amministrativa e di supporto gestionale, relativa alla definizione della programmazione ed alla sua attuazione. Il comitato di distretto è composto dai sindaci del distretto, che al loro interno ne eleggono il presidente, e dal direttore di distretto AUSL.

L'**Ufficio di Piano** rappresenta lo strumento tecnico di ambito distrettuale di supporto a tutta la attività programmatoria di zona. L'Ufficio di Piano, costituito attraverso una convenzione tra i comuni dell'ambito distrettuale e l'Ausl, (D.G.R. 1004/2007 e D.G.R. 1237/2007) svolge una funzione tecnico amministrativa integrata di supporto ai livelli istituzionali e svolge oltre alle funzioni già proprie dell'ufficio di piano anche le seguenti attività:

- attività istruttoria di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale, socio-sanitaria e sanitaria;
- attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla partecipazione degli utenti alla spesa;
- attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento;
- attività istruttoria e di monitoraggio per la costituzione delle ASP;
- azioni di impulso e supporto alla verifica delle attività attuative della programmazione sociale, socio-sanitaria e sanitaria;

All'interno di questo modello di governance, l'implementazione e l'utilizzo quotidiano del sistema gestionale-informativo permettono di realizzare una programmazione basata

su dati aggiornati in tempo reale, in modo che il decisore politico sia in grado di compiere scelte su informazioni complete, corrette e aggiornate.

L'elevata integrazione istituzionale e professionale che caratterizza il modello di governance realizzato (e sopra descritto) costituisce un pilastro fondamentale, in assenza del quale il funzionamento di questo modello di governo e gestione dei servizi sarebbe fortemente pregiudicato.

2. Il Progetto GARSIA

Il Progetto GARSIA (Gestione Accesso Rete Socio-sanitaria Integrata Automatizzata) ha avuto origine nel 1997 per rispondere, nel contesto della Ausl Bologna Nord, a due tipi di esigenze:

- di governo della rete dei servizi socio-sanitari rivolti alla popolazione anziana non autosufficiente,
- di integrazione gestionale, informativa e professionale degli attori istituzionali o professionali coinvolti nel processo di presa in carico, gestione, monitoraggio dell'intervento.

Il Progetto GARSIA, all'atto della costituzione dell'attuale Azienda USL di Bologna, avvenuta nel 2004 a seguito dell'unificazione delle preesistenti AUSL di Bologna Sud, Bologna Città e Bologna Nord, fu esteso a tutti i sei distretti della nuova Azienda su indicazione ed impulso della CTSS di Bologna².

Il Progetto GARSIA è nato, in primo luogo, per rispondere ad esigenze operative nell'ambito del funzionamento del sistema di welfare locale. La sua finalità principale è garantire equità e parità di trattamento ai cittadini nell'accesso, nella presa in carico e nella valutazione dei bisogni. La garanzia di equità e parità di trattamento è data dalla definizione di un modello unico e condiviso:

- di cartella socio-sanitaria;
- di strumenti di valutazione unici, utilizzati in modo omogeneo;
- di criteri unici e omogenei di gestione delle graduatorie e delle modalità di accesso ai servizi;
- di una struttura di relazioni tra i servizi omogenea e finalizzata alla garanzia della appropriatezza del progetto ai bisogni della persona e, quindi, al monitoraggio dei risultati ed alla dinamicità dell'intervento.

Nella sua traduzione informatica, GARSIA nasce anche come risposta ai bisogni di semplificazione e di chiarezza dei percorsi e dei processi, espressa sia dai cittadini che

² La definizione, da parte della Regione, attraverso la Lr. 5/94 e, successivamente, attraverso la Lr. 2/2003, di una vera e propria RETE di servizi socio-sanitari integrati con proprie e specifiche regole di accesso e di gestione richiedeva la definizione di percorsi, processi e strumenti nuovi, in modo da rendere possibile una nuova modalità di lavoro nella quale l'integrazione fosse percepita quale modalità quotidiana di lavoro e non come fine ultimo di percorsi gestiti in modo autonomo da professionisti di diversa estrazione.

dagli operatori. Questo aspetto emerge con grande forza se si pensa alla modalità di lavoro adottata sin dall'origine del Progetto, che ha previsto la definizione di Gruppi di lavoro tematici stabili nell'ambito dei quali sono rappresentati tutti gli attori del sistema tecnico/operativo (in particolare, professionisti di diverse aree afferenti sia all'Azienda USL che al mondo degli enti locali e dei loro organismi di rappresentanza). Tale modalità di lavoro è stata applicata:

- alla definizione e condivisione dei percorsi assistenziali,
- alla definizione e condivisione degli strumenti tecnico/operativi e degli atti di regolazione metropolitani,
- alla definizione e condivisione della analisi tecnico/gestionale volta alla realizzazione dei moduli informatico/informativi che compongono GARSIA,
- al monitoraggio costante dell'applicazione degli strumenti e del corretto utilizzo del sistema informatico,
- alla strutturazione di momenti di verifica dell'attività e dei percorsi che, utilizzando lo strumento informatico/informativo sono finalizzati al benchmarking tra i diversi territori.

I Gruppi di lavoro costituiti sono attivi a livello metropolitano e a livello distrettuale. In linea di massima ai gruppi di lavoro di ambito metropolitano, coordinati dall'Ufficio di Supporto provinciale, sono demandate funzioni di progettazione e di definizione degli strumenti e dei percorsi omogenei sull'intero territorio aziendale. Spesso si tratta di gruppi specifici che nascono direttamente dallo Staff Tecnico Permanente Provinciale, le cui competenze professionali vengono integrate con quelle di operatori e tecnici del territorio.

Al momento è stato strutturato in modo formale un Gruppo Aziendale di coordinamento all'interno della Azienda USL di Bologna per quanto riguarda l'aspetto della presa in carico, della valutazione e della gestione degli interventi. A tale organismo, costituito da professionisti referenti delle tecnologie informatiche, dei flussi informativi, delle attività socio-sanitarie e delle cure primarie, è stato assegnato il compito di:

- svolgere il coordinamento complessivo del progetto;
- gestire la regolare implementazione del progetto;
- interfacciarsi in modo diretto con le strutture gestionali distrettuali.

L'organismo, nel favorire la costruzione di un pool di utilizzatori estremamente competenti e motivati sul territorio, svolge anche un coordinamento operativo periodico dei referenti individuati allo scopo di incentivare:

- la crescita omogenea del sistema,
- l'attendibilità del dato, attraverso l'utilizzo e l'interpretazione omogenea del sistema e degli items in esso previsti.

Nell'ambito della Provincia di Bologna si sta sviluppando una analoga funzione rispetto al coordinamento dell'accesso del cittadino allo sportello sociale ed alla gestione

dell'Osservatorio provinciale degli sportelli sociali. L'Ufficio di Supporto garantisce la connessione di questi due momenti di coordinamento operativo del Sistema GARSIA.

In queste attività è fondamentale il rispetto delle formule gestionali presenti sul territorio. Ciascun distretto ha una propria storia e un proprio assetto istituzionale definito a livello locale: tali differenziazioni si riflettono nelle diverse realtà gestionali esistenti, delle quali si è dovuto tener conto nella realizzazione del sistema informativo.

Nei distretti dell'area metropolitana di Bologna le funzioni sociali sono infatti gestite in modo diversificato: dai Comuni stessi, da loro associazioni (Azienda Speciale di tipo Consortile), da gestori pubblici (Azienda di Servizi alla Persona), entrambi controllati dai Comuni o, infine, dal Distretto di Committenza e Garanzia dell'Azienda attraverso la delega di funzioni.

Nell'ambito del Progetto GARSIA sono definite in modo omogeneo le modalità e gli strumenti:

- di rilevazione del primo accesso e di rilevazione del bisogno espresso dal cittadino attraverso lo Sportello sociale e l' Osservatorio;
- di definizione del bisogno e di invio alla valutazione socio-sanitaria da parte del Responsabile del caso;
- di valutazione di tipo multidimensionale attraverso unità di valutazione multidisciplinari (UVM) che, con il progetto individualizzato, definiscono il bisogno socio-sanitario e la più appropriata risposta ad esso;
- di accesso alla rete dei servizi socio-sanitari;
- di gestione degli interventi in rapporto con i gestori dei servizi.

Queste appena descritte sono le fasi nelle quali si delinea il percorso dell'utente all'interno del sistema dei servizi alla persona, in base alle quali il sistema GARSIA è stato costruito. L'analisi proseguirà dettagliando dapprima la fase dell'accesso e successivamente le altre fasi, legate alla presa in carico dell'utente.

2.1. Accesso del cittadino e segnalazione del bisogno: lo sportello sociale

L'importanza dell'accesso del cittadino ai servizi è ben testimoniato dalla produzione normativa della Regione Emilia-Romagna. La Legge Regionale 2/2003 "Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" – che ha attuato la Legge 328/2000 – all'art.7 prevede infatti l'istituzione degli sportelli sociali quali strumenti garanti dell'accesso al sistema locale dei servizi sociali a rete, attivati dai Comuni, singoli o associati, in accordo con l'Azienda Usl.

Il servizio di sportello sociale si configura come una struttura che gestisce informazioni dettagliate, aggiornate e personalizzate sulle risorse sociali presenti nel territorio nonché sulle procedure e modalità per accedervi, rispondendo all'esigenza primaria dei cittadini di:

- avere informazioni complete in merito ai diritti, prestazioni, modalità di accesso ai servizi;
- conoscere le risorse sociali disponibili nel territorio in cui vivono.

Le funzioni essenziali che caratterizzano gli sportelli sociali sono:

- informazione: sulle risorse disponibili in un dato territorio e sulle modalità di accesso ai servizi esistenti, partendo dall'ascolto delle richieste e dei bisogni del cittadino. La funzione informativa può contemplare anche l'orientamento verso il canale per ottenerla;
- promozione sociale: prevede la promozione all'esterno di un servizio e la sua visibilità sul territorio, assicura il corretto utilizzo del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari; promuove forme di collaborazione, reti di partenariato e di empowerment territoriale;
- accompagnamento – orientamento ai servizi: funzione più avanzata rispetto alle precedenti, indirizza attivamente l'utente verso altre strutture erogatrici di servizi (servizio sociale professionale);
- osservatorio: consiste nella raccolta dati sulla domanda e il bisogno espresso dai cittadini. Funzione fondamentale per l'analisi della domanda e per il monitoraggio, la valutazione e la ri-programmazione dei servizi.

Nel corso del 2003 la Regione Emilia Romagna ha avviato la sperimentazione regionale degli Sportelli Sociali³, e successivamente si è impegnata a finanziare un contributo agli enti che avviassero uno sportello sociale⁴, possibilmente attraverso progetti condivisi di ambito distrettuale. La sperimentazione, che si è conclusa nel corso del 2007, aveva l'obiettivo di avviare alcune esperienze pilota e di fornire elementi conoscitivi utili a formulare linee guida regionali che aiutassero ad indirizzare in maniera omogenea le esperienze di sportello sociale⁵.

Al fine di realizzare una effettiva Rete degli sportelli sociali, i Comuni afferenti alla provincia di Bologna hanno optato per la condivisione del medesimo sistema informativo.

La Provincia di Bologna si è resa disponibile a promuovere un coordinamento del progetto al fine di permettere la realizzazione di una Rete di sportelli sociali a livello provinciale, in grado di essere sistemi dialoganti in comunicazione tra loro, pur mantenendo differenziazioni di carattere organizzativo e gestionale. Tra le finalità dell'utilizzo di un sistema informativo omogeneo e la condivisione di strumenti di gestione vi è, oltre a quella di garantire omogeneità di trattamento nei confronti dei cittadini, anche la creazione di una banca dati unica e condivisa. La realizzazione di una rete di sportelli sociali a livello provinciale ha permesso di perseguire gli obiettivi

³ DGR 514/2003.

⁴ DGR 2749/2003.

⁵ Forni, M., Ragazzini, F., Paltrinieri, F., "L'accesso sociale: il nuovo sportello sociale. La sperimentazione della Regione Emilia Romagna e l'esperienza della Provincia di Bologna", in Iseppato, I., Rimondini, S., Le reti dell'accesso per la sanità e l'assistenza, Franco Angeli, 2009.

fondanti dello sportello sociale in modo più capillare e diffuso sul territorio, cercando di favorire pari opportunità, omogeneità di trattamento ed equità nelle prestazioni.

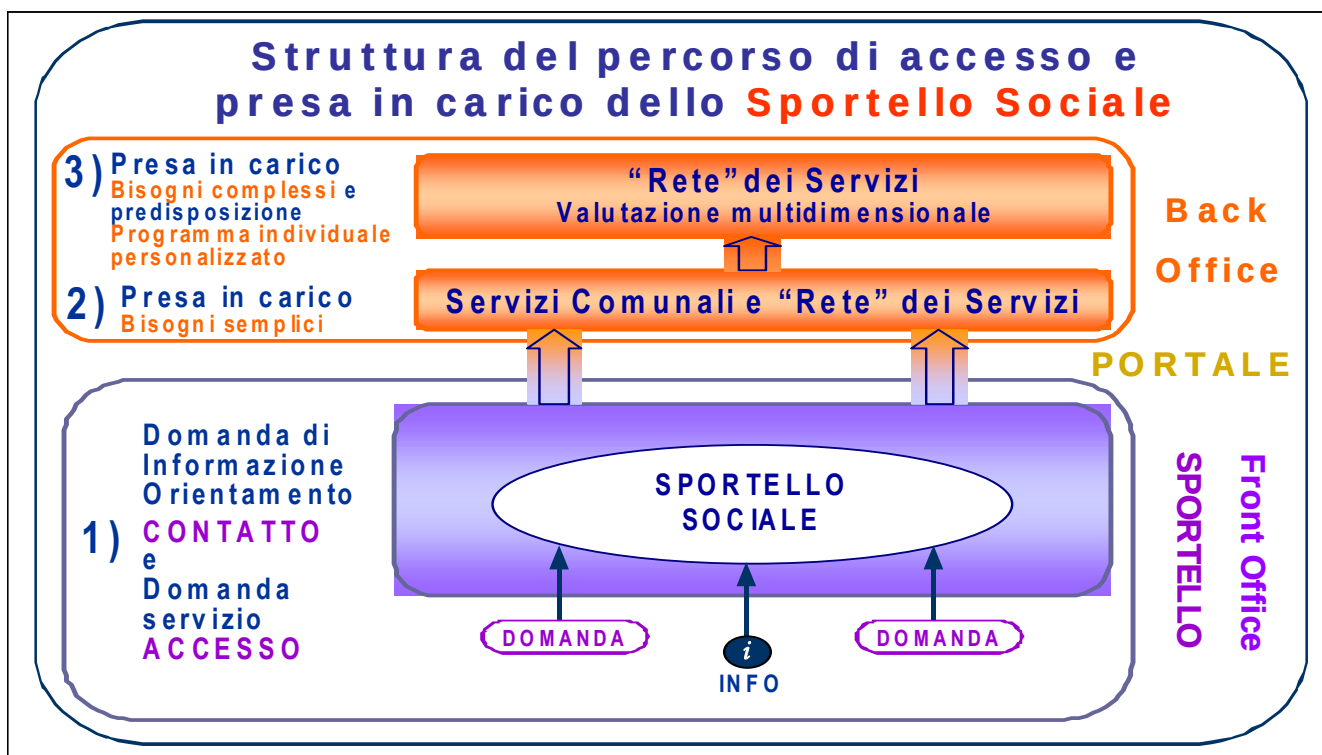
La condivisione di un progetto provinciale consente di mettere in rete gli sportelli sociali valorizzandone potenzialità ed interconnessioni permettendo:

- scambio di informazioni tra i diversi nodi del sistema;
- accoglienza della domanda da un qualsiasi punto della rete;
- facilitazione del trasferimento del caso, fra i diversi soggetti della rete;
- monitoraggio e analisi dei bisogni espressi dai cittadini, estesi a tutto il territorio provinciale.

Il modello di sportello sociale implementato nel territorio provinciale di Bologna si caratterizza, come rappresentato nella Figura 1, prevedendo le seguenti funzioni:

1. fase di *contatto*: prevede Informazione sui servizi esistenti, modalità per accedervi, funzionamento ed organizzazione; Orientamento e Registrazione del contatto e della richiesta
2. fase di *accesso*: prevede il primo filtro della domanda di accesso alla “rete dei servizi”
3. fase di *presa in carico*: suddivisa in presa in carico dei bisogni semplici e presa in carico dei bisogni complessi attraverso valutazione multidimensionale e predisposizione del programma individuale personalizzato.

Figura 1. Modello di sportello sociale realizzato nel territorio provinciale di Bologna



Dall'avvio del progetto la Provincia di Bologna ha investito risorse per garantire il supporto nell'installazione del software nei Comuni con maggiori difficoltà in ordine alla strumentazione informatica disponibile e ha investito nella formazione e nella preparazione degli operatori che svolgono il ruolo delicato di informare e orientare il cittadino. La professionalità e la continuità di lavoro impiegato negli sportelli diventa infatti elemento fondamentale per la qualità e l'efficacia del servizio.

Grazie al sistema informativo condiviso è possibile registrare attraverso l'Osservatorio provinciale del bisogno tutti i contatti che avvengono allo sportello e inviarli in tempo reale e in forma anonima alla Provincia di Bologna.

La Provincia ha deciso di dotarsi di uno strumento di analisi di Business Intelligence per il proprio Osservatorio, che consente di sintetizzare i dati provenienti da diversi database, trasformandoli in conoscenza, fornendo analisi significative con l'obiettivo di supportare le decisioni strategiche. La creazione di un Osservatorio provinciale del bisogno per il monitoraggio dei contatti e delle richieste pervenute agli sportelli permette di avere a disposizione i dati necessari per la programmazione e la conseguente valutazione della propria offerta di servizi e l'analisi della congruità tra domanda sociale e offerta dei servizi. Per soddisfare il fabbisogno informativo di tutti i livelli istituzionali, le informazioni devono essere comparabili nel tempo e omogenee nelle classificazioni. Attraverso un gruppo di lavoro la Provincia ha pertanto definito un **Nomenclatore provinciale degli interventi e servizi sociali** (in raccordo con il Nomenclatore regionale e quello nazionale), che consente di condividere sul territorio provinciale una base informativa omogenea, comparabile ed esaustiva. Il Nomenclatore, integrato all'interno del software GARSIA, si propone di dare un linguaggio comune utilizzabile dai programmatori e dagli operatori, finalizzato anche a facilitare l'identificazione dei livelli essenziali di prestazioni sociali, rendendo possibile il confronto su voci omogenee tra i diversi sistemi di welfare provinciali/regionali.

Nel 2011 la Provincia ha avviato un gruppo di lavoro provinciale al quale sono convocati i sette referenti del Progetto Sportelli Sociali (un referente per ogni zona sociale in cui è diviso il territorio bolognese), durante il quale vengono condivise tutte le proposte di modifica al Nomenclatore che nascono come esigenze da parte degli operatori di sportello.

Al 30 giugno 2012 i comuni della provincia di Bologna che hanno sedi operative di sportello sociale collegate all'Osservatorio provinciale sono 53 su 60.

L'analisi dei dati che arrivano all'Osservatorio è possibile a più livelli di dettaglio:

- Contatti: coloro che si sono rivolti allo sportello sociale, indipendentemente dal tipo di accesso (personale, telefonico, mail), per richiedere un servizio o informazioni in merito, per loro stessi o per altri;
- Utenti: i soggetti per cui viene fatta una richiesta presso lo sportello sociale. Ogni richiedente può fare richieste per più utenti mediante un unico contatto;
- Bisogni: espressi dagli utenti degli sportelli sociali;
- Servizi: richiesti dagli utenti degli sportelli sociali;

Inoltre tutte le analisi permettono aggregazioni per target di utenza (anziani, disabili, famiglia e minori, disagio adulti, immigrazione) e territorio (zona sociale e singolo nodo - comune, quartiere).

Lo sportello sociale, quindi, registra il bisogno ed invia la segnalazione al Servizio Sociale Professionale, nella quale sono indicate anche le richieste di servizi effettuate dal cittadino.

Dal punto di vista informatico il processo è gestito attraverso i moduli: **GARSIA sportello sociale / Osservatorio provinciale del bisogno**.

2.2. La presa in carico

La fase successiva all'accesso è quella della presa in carico professionale della persona che ha manifestato il bisogno allo sportello sociale. La fase della presa in carico può essere suddivisa considerando i suoi snodi cruciali, descritti nei paragrafi successivi.

2.2.1. Definizione del Progetto Individualizzato di vita e di cure: il Responsabile del Caso

La figura del Responsabile del Caso è un importante caposaldo del sistema dei servizi socio-sanitari. Secondo le indicazioni regionali, il Responsabile del Caso è il professionista (assistente sociale o educatore professionale) che, interfacciandosi col cittadino e col sistema dei servizi socio sanitari, diviene il garante della situazione assicurando, sul piano tecnico, il monitoraggio dell'intervento al fine di mantenerlo rispondente ed adeguato ai bisogni via via espressi. A tale figura viene demandato il compito di valutare il bisogno ed il suo mutamento, svolgendo una funzione importantissima di connessione tra i diversi professionisti coinvolti nella gestione del progetto.

Qualora il Responsabile del Caso rilevi un possibile bisogno di tipo socio-sanitario, attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) inviando in modo informatizzato la propria valutazione della situazione e la propria proposta di progetto. Questa fase è gestita direttamente dai professionisti che si interfacciano tra loro sul piano operativo senza che al cittadino sia richiesto alcun ulteriore adempimento di tipo burocratico o amministrativo. Il Responsabile del Caso è sempre componente della Unità di Valutazione Multiprofessionale e, in questa sua funzione, è garante della continuità assistenziale⁶.

Dal punto di vista informatico, il processo è gestito attraverso il modulo **GARSIA – cartella responsabile del caso**.

⁶ Negli accordi di Programma che gestiscono l'organizzazione dei servizi sono state effettuate scelte precise per la definizione del Responsabile del caso. Per quanto riguarda l'Area Anziani è stato individuato l'assistente sociale che opera nel Comune/quartiere di riferimento dell'anziano. Per l'Area Disabili, invece, la definizione del Responsabile del Caso viene effettuata dall'equipe nel momento della presa in carico valutando il bisogno prevalente (socio-assistenziale o socio-educativo). Le figure professionali coinvolte possono essere assistenti sociali ed educatori professionali. Anche per l'Area Minori ci si sta orientando per l'individuazione in via generale della assistente sociale.

L'Unità di Valutazione Multiprofessionale (UVM) è collocata nella struttura organizzativa del Distretto socio-sanitario (AUSL) ed è coordinata dal Responsabile delle Attività Socio-sanitarie. E' una commissione composta da professionisti di area sociale e di area sanitaria. Compito della UVM è quello di definire (validando e/o integrando la proposta formulata dal Responsabile del caso) il Progetto individualizzato della persona utilizzando anche specifici strumenti di lettura e di valutazione delle necessità assistenziali e del livello di non autosufficienza. La valutazione della UVM e la relativa individuazione di appropriatezza rispetto all'erogazione di determinate specifiche prestazioni è, in riferimento all'area anziani e all'area disabili, la modalità unica di accesso alla rete integrata socio-sanitaria dei servizi rivolti alla non autosufficienza. Alla UVM sono inoltre demandati compiti di monitoraggio e di valutazione della appropriatezza ed adeguatezza del progetto rispetto alla evoluzione dei bisogni della persona. La proposta di rivalutazione del caso e di modifica del progetto è compito del Responsabile del caso che effettua, a cadenze periodiche, il monitoraggio operativo dell'intervento, agendo in raccordo con la persona e con la famiglia. Allo scopo di assicurare equità di trattamento ed omogeneità nella gestione della valutazione sono stati individuati specifici strumenti e modalità di coordinamento dei professionisti a garanzia del corretto utilizzo degli strumenti stessi.

Gli **strumenti di valutazione utilizzati dalla UVM** e informatizzati nell'ambito del Progetto GARSIA, sono i seguenti:

1. Area Anziani:

- BINA-HOME (strumento indicato dalla Regione),
- Scheda di valutazione sociale (strumento individuato a livello locale),

2. Area Disabili:

- Scheda di Valutazione BARTHEL (strumento indicato dalla Regione specifico per la valutazione delle Gravissime disabilità acquisite),
- Scheda SIS (strumento internazionale adottato a livello metropolitano),
- Scheda Regionale per la definizione del livello di gravità socio-assistenziale (strumento regionale relativo alla definizione dei livelli di gravità specifico per le strutture accreditate).

A livello distrettuale, inoltre, sono codificati momenti di **coordinamento professionale** finalizzati alla condivisione delle problematiche connesse alla valutazione ed alla definizione dei progetti individualizzati, in una logica di crescita delle competenze professionali e di omogeneizzazione delle modalità di lavoro anche in riferimento ai nuovi strumenti via via individuati. I Coordinamenti dei professionisti, inoltre, sono finalizzati alla condivisione delle opportunità assistenziali disponibili a livello territoriale, in una prospettiva di utilizzo consapevole ed appropriato delle risorse. **La logica del coinvolgimento dei professionisti nella gestione della rete socio-sanitaria diviene elemento strategico per la definizione di progetti individuali che**, pur in grado di

rispondere ai bisogni espressi dalla persona, **siano adeguati alla realtà ed alla struttura dell'offerta locale in modo da essere effettivamente realizzati**⁷.

A livello metropolitano sono garantiti momenti di coordinamento e di approfondimento tecnico-professionale che, in una visione di benchmarking tra i territori, divengono fondamentali per presidiare equità di accesso e omogeneità di trattamento sul territorio aziendale sviluppando, inoltre, modalità di gestione dell'offerta dei servizi efficaci e congruenti con le scelte di pianificazione di livello intermedio.

Dal punto di vista informatico il processo è gestito attraverso il modulo **GARSIA – valutazione UVM**.

2.2.2. Assegnazione e autorizzazione del Servizio Socio/Sanitario

Il progetto individuale predisposto dalla UVM definisce la proposta di assegnazione di uno o più servizi di ambito socio-sanitario (o socio-assistenziale nel caso in cui non sia riconosciuto un bisogno di tipo complesso) necessari a garantire la realizzazione del progetto individualizzato e, quindi, la tutela della persona. Il progetto, definito dalla UVM, viene “restituito” al Responsabile del caso e, contemporaneamente, inviato alla struttura gestionale che, gestendo le risorse destinate alla non autosufficienza, governa sul piano amministrativo l'accesso alla rete di offerta socio-sanitaria. Sulla base delle convenzioni in atto tra Azienda USL e Comuni, tale funzione è ricondotta in capo al **Distretto Socio-sanitario che svolge, quindi, una funzione di garanzia dell'appropriatezza e qualità della risposta ai bisogni dei cittadini, nonchè di regolazione dell'offerta**. L'autorizzazione del servizio comporta l'inserimento della persona in liste di attesa gestite in modo informatizzato.

All'effettiva definizione del momento da cui l'utente fruirà delle prestazioni previste dal progetto individualizzato (che avviene dopo l'autorizzazione amministrativa) avviene il trasferimento della cartella (o di un set di informazioni definito) ai moduli gestionali informatizzati e la conseguente assegnazione del servizio specifico all'utente individuato.

La regolazione delle liste di attesa e dell'offerta dei servizi dipende dalla regolamentazione formalmente adottata dall'Azienda USL.

A tale proposito, l'Azienda USL ha adottato regolamenti specifici per la gestione delle liste di attesa in riferimento all'accesso nelle strutture socio-sanitarie residenziali e semiresidenziali per anziani non autosufficienti. Sono state inoltre normate le modalità di accesso e gestione dei ricoveri di sollievo, di erogazione e gestione degli assegni di cura per anziani e disabili, delle prestazioni di assistenza socio-sanitaria domiciliare integrata (ASSDI). Tale attività di regolazione delle modalità di accesso alla rete viene effettuata dall'Azienda USL in quanto ente che, a seguito degli accordi di programma, gestisce l'attività socio-sanitaria, previa condivisione dei contenuti con i Comuni attraverso la CTSS.

⁷ L'alternativa è quella di UVM meramente certificative del livello di non autosufficienza: situazione, questa, assolutamente estranea alla logica che ha ispirato sin dall'origine la nascita e l'evoluzione del Progetto GARSIA.

Dal punto di vista informatico il processo è gestito attraverso il modulo **GARSIA – gestione liste di attesa**.

2.2.3. La continuità assistenziale nella dimissione protetta dall'ospedale e nella assistenza sanitaria domiciliare integrata (ADI)

La struttura informatica del Progetto GARSIA si estende anche ad alcuni servizi e percorsi sanitari che, sviluppandosi sul territorio, hanno forte impatto assistenziale in riferimento alla popolazione non autosufficiente.

Si tratta, in particolare:

- del percorso di dimissione protetta dai reparti ospedalieri per acuti o dalle lungodegenze accreditate verso il domicilio e/o la rete dei servizi socio-sanitari;
- dell'Assistenza Domiciliare integrata di tipo sanitario assicurata, nell'ambito del Dipartimento Cure Primarie, dal Servizio Infermieristico territoriale e dal MMG.

Nell'ambito del modulo informatico che gestisce le **Dimissioni Protette** è inserita la scheda di dimissione infermieristica, che permette la segnalazione di utenti che necessitano di una presa in carico da parte dei servizi territoriali, a garanzia e tutela della salute della persona e della prosecuzione del suo percorso terapeutico. Attraverso questa scheda, compilata dal reparto ospedaliero di dimissione, sono evidenziate le patologie e le necessità di tipo sanitario/assistenziale (catetere, materasso antidecubito, medicazioni, e così via) alle quali è necessario garantire adeguata risposta da parte dei servizi territoriali. Qualora emergano, già in sede ospedaliera, elementi che indicano possibili bisogni di tipo socio-sanitario, il reparto o la lungodegenza inviano una segnalazione all'Area sociosanitaria del Distretto ed al Comune di residenza (in particolare, al responsabile del caso) al fine di garantire una valutazione di tipo professionale e la eventuale predisposizione di un progetto integrato tra rete sanitaria e rete socio-sanitaria⁸.

I percorsi di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) sono gestiti attraverso uno specifico modulo informatico di GARSIA attraverso il quale sono registrati tutti gli episodi assistenziali di tipo medico o infermieristico svolti al domicilio del paziente. La cartella utilizzata in tale contesto comprende, al proprio interno, anche le prestazioni afferenti l'Assistenza socio-sanitaria domiciliare (ASSDI). In entrambi i casi la sottolineatura sull'integrazione socio-sanitaria è forte, in quanto si tratta di interventi e prestazioni che spesso si intrecciano tra loro in modo complementare. L'attività di entrambe le tipologie di percorso domiciliare sono rilevate nell'ambito del flusso regionale SI-ADI, generato attraverso il sistema informativo GARSIA che, con particolare riferimento agli interventi

⁸ La specifica necessità di un percorso residenziale temporaneo post ospedaliero viene inoltre segnalato alla Centrale Metropolitana Post Acuzie (CeMPA) che assicura la massima fluidità ed appropriatezza nell'accesso alla rete della post-acuzie (lungodegenza) ed alla rete socio-sanitaria per inserimenti temporanei da dimissione protetta (CRA).

di ASSDI, si conetterà direttamente con lo specifico gestionale GARSIA BACK OFFICE-SOSIA che gestisce, sul piano operativo, il PAI socio-assistenziale e, attraverso la registrazione delle singole prestazioni (alzata, bagno, pasto, trasporto e così via) ne assicura il monitoraggio costante e la verifica periodica.

Dal punto di vista informatico il processo è gestito attraverso i moduli: **GARSIA – dimissioni protette** e **GARSIA – SI-ADI**.

2.2.4. La Gestione dell'intervento socio-sanitario

La gestione dell'ingresso in struttura (residenziale o diurna) di un anziano è sicuramente il processo più strutturato e complesso. Il modulo gestionale utilizzato, infatti, gestisce in modo automatizzato non solo l'ingresso in struttura, ma anche la rilevazione trimestrale del flusso regionale/ministeriale FAR (Flusso Accesso Residenze) e la rilevazione dei dati di tipo amministrativo/contabile riferiti alla gestione del contratto di servizio (giornate di presenza, presenza del personale, prestazioni sanitarie).

Dal modulo di GARSIA che gestisce la lista di attesa sulla base delle disponibilità di posti letto comunicata dalla struttura, il distretto invia al gestore le informazioni che garantiscono la corretta presa in carico dell'anziano. In particolare, invia informazioni sui riferimenti anagrafici dell'anziano e del nucleo di riferimento, sulla scheda di valutazione multi professionale, sulla storia dell'anziano. Dal momento dell'invio delle informazioni, il posto disponibile è "prenotato". La struttura provvede a definire con i familiari i tempi di ingresso effettivo in struttura, dalla cui data viene aperto il corrispondente periodo assistenziale. L'apertura del periodo assistenziale comporta la presa in carico operativa dell'anziano da parte dell'equipe di struttura.

Attraverso lo strumento definito dalla Regione per la valutazione del carico assistenziale, viene definito il PAI di struttura e ne viene effettuato il monitoraggio.

Nell'ambito di questo modulo informativo vengono gestiti, inoltre, altri aspetti come:

- la definizione del carico semestrale assistenziale valido per la definizione dell'onere a rilievo sanitario (della somma media da imputare sulle risorse del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza);
- la gestione delle assenze e delle presenze dell'ospite;
- la gestione della rilevazione trimestrale delle figure professionali presenti in struttura;
- la rilevazione delle prestazioni sanitarie garantite agli ospiti, rimborsate al gestore dall'Azienda USL.

La stessa struttura informatica, modificata rispetto agli strumenti di valutazione definiti in modo specifico per i disabili in età adulta, è stata utilizzata anche per il modulo gestionale in via di implementazione che conetterà tutte le strutture (accreditate e non accreditate) diurne o residenziali che accolgono disabili adulti.

In riferimento alla gestione dell'assegno di cura, invece, la struttura informatica si presenta, per certi aspetti, più semplice in quanto si tratta di un intervento interamente gestito all'interno dei distretti dell'Azienda USL.

Sulla base degli accordi di programma in vigore, infatti, alla erogazione e gestione di questa specifica tipologia di servizio provvede l'Azienda USL che ne effettua anche la liquidazione e il pagamento in favore del beneficiario. Il modulo gestionale GEAC riceve in modo automatico le necessarie informazioni per la gestione dell'assegno nel momento in cui viene autorizzata la prestazione.

In particolare, viene effettuato il calcolo del corrispettivo mensile, tenendo conto dei ricoveri e delle sospensioni dell'intervento. Sono state sviluppate, inoltre, modalità per garantire il continuo monitoraggio del budget definito. GEAC, inoltre, si connette direttamente con il gestionale della contabilità dell'Azienda USL, producendo in modo automatizzato il mandato di pagamento in favore dei beneficiari.

Si prevede che entro il primo trimestre 2013 possa essere avviata la sperimentazione del modulo informatico che gestirà l'autorizzazione, il monitoraggio e la verifica dei progetti di assistenza domiciliare socio-sanitaria (ASSDI). In pratica saranno gestite le prestazioni assistenziali ed educative erogate a domicilio o sul territorio in favore di persone non autosufficienti.

Dal punto di vista informatico i processi sono gestiti attraverso i moduli:

- **GARSIA – strutture anziani** (attivo)
- **GARSIA – strutture disabili** (in fase di implementazione)
- **GARSIA – GEAC** (attivo)
- **GARSIA – ASSDI** (in fase di implementazione)

2.3. GARSIA come strumento a sostegno della programmazione territoriale: il cruscotto socio-sanitario metropolitano e il sistema informativo socio-sanitario regionale

Con l'avvio dei moduli informatizzati di tipo gestionale è stato possibile dare ulteriore impulso ad una delle specifiche vocazioni di GARSIA: la rilevazione automatizzata della attività al fine di garantire il necessario sostegno informativo alla programmazione locale (comitato di distretto) e di livello intermedio (CTSS). E' per rispondere a questa imprescindibile esigenza espressa a livello distrettuale ma anche, e soprattutto, metropolitano che è stato definito un Cruscotto socio-sanitario di ambito metropolitano la cui implementazione avviene in tempo reale attraverso la quotidiana gestione della attività tecnica e amministrativa effettuata attraverso il sistema GARSIA.

Il Cruscotto rileva un set di dati di attività molto esteso, suddiviso per popolazione target e per tipologia di servizio, per garantire analisi approfondite in termini qualitativi e quantitativi. La sua struttura ne prevede la rappresentazione ed approfondimento a

livello metropolitano e distrettuale, con una possibilità di disaggregazione che può arrivare al singolo nodo di responsabilità gestionale dei processi.

Alcuni dati particolarmente significativi sono storicizzati a cadenza trimestrale, allo scopo di garantire il monitoraggio periodico dell'andamento dell'attività secondo una tempistica correlata alle verifiche relative ai consumi ed ai costi. Tali dati particolarmente significativi saranno la base per costruzione di una batteria di indicatori finalizzata a valutare l'efficacia dei percorsi e della risposta garantita ai cittadini. E' attraverso lo sviluppo di questo sistema di indicatori che potrà essere possibile una lettura appropriata del sistema di welfare in ordine alla sua capacità di rispondere effettivamente ai bisogni espressi dai cittadini, offrendo anche la possibilità di incidere e modificare la struttura dell'offerta in ragione del mutare dei bisogni.

Attualmente, nell'ambito dei Distretti socio-sanitari si stanno formando utilizzatori esperti: professionisti che, in ragione della approfondita conoscenza delle possibilità informative del Cruscotto, saranno essere in grado di effettuare elaborazioni dei dati ad un livello di dettaglio funzionale a "leggere" le specificità organizzative, gestionali, tecniche, valutative, operative e socio-demografiche dei singoli territori. Il Cruscotto, al momento, è in fase di sperimentazione e non comprende ancora la rilevazione di quegli indicatori estraibili dai moduli gestionali in fase di attivazione (GARSIA strutture disabili e GARSIA ASSDI). Alla conclusione della sperimentazione dello strumento (prevista entro il prossimo mese di novembre), l'accesso alla visualizzazione dei dati storicizzati sarà garantito ad un numero molto ampio di responsabili e referenti gestionali sia all'interno dell'Azienda USL che all'esterno (in particolare, agli Uffici di Piano distrettuali e all'Ufficio di supporto provinciale).

Come ricordato in precedenza, attraverso i moduli di GARSIA vengono implementati alcuni importanti flussi informativi regionali che costituiscono la struttura informativa (in fase di completamento) del Sistema Informativo Socio-sanitario Regionale. In particolare, si tratta del flusso SMAC (Sistema Monitoraggio Assegno di Cura), del flusso SI-ADI (Sistema Assistenza Domiciliare Integrata), del flusso FAR (Flusso Attività Residenziale).

3. L'utilizzo del sistema informativo per la programmazione dei servizi

Il sistema informativo dettagliatamente descritto in precedenza permette quindi di raccogliere in tempo reale una notevole quantità di dati che possono essere utilizzati in modo proficuo per la programmazione dei servizi.

Il ruolo del sistema informativo è particolarmente rilevante all'interno del modello di governance descritto nel primo paragrafo. Gli operatori forniscono le informazioni relative ai singoli utenti e il livello di governo intermedio del sistema, rappresentato dalla CTSS, ha l'opportunità di elaborare i dati aggregati, in modo da costruire analisi finalizzate al miglioramento di quella capacità di programmazione su scala metropolitana

che permette, oltre ad una maggiore consapevolezza dei bisogni della popolazione, anche il raggiungimento di un maggiore livello di efficienza dei servizi erogati.

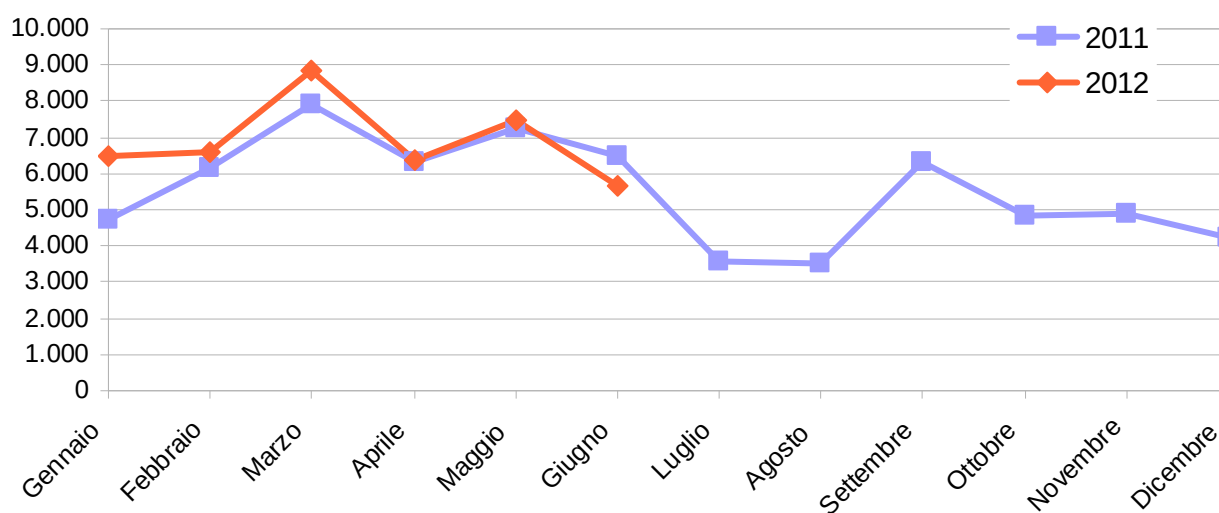
Numerosi sono gli aspetti che il sistema informativo permette di analizzare, sia dal lato dell'analisi dei bisogni che dal lato dell'analisi dell'offerta.

3.1. L'analisi del bisogno: i dati degli sportelli sociali

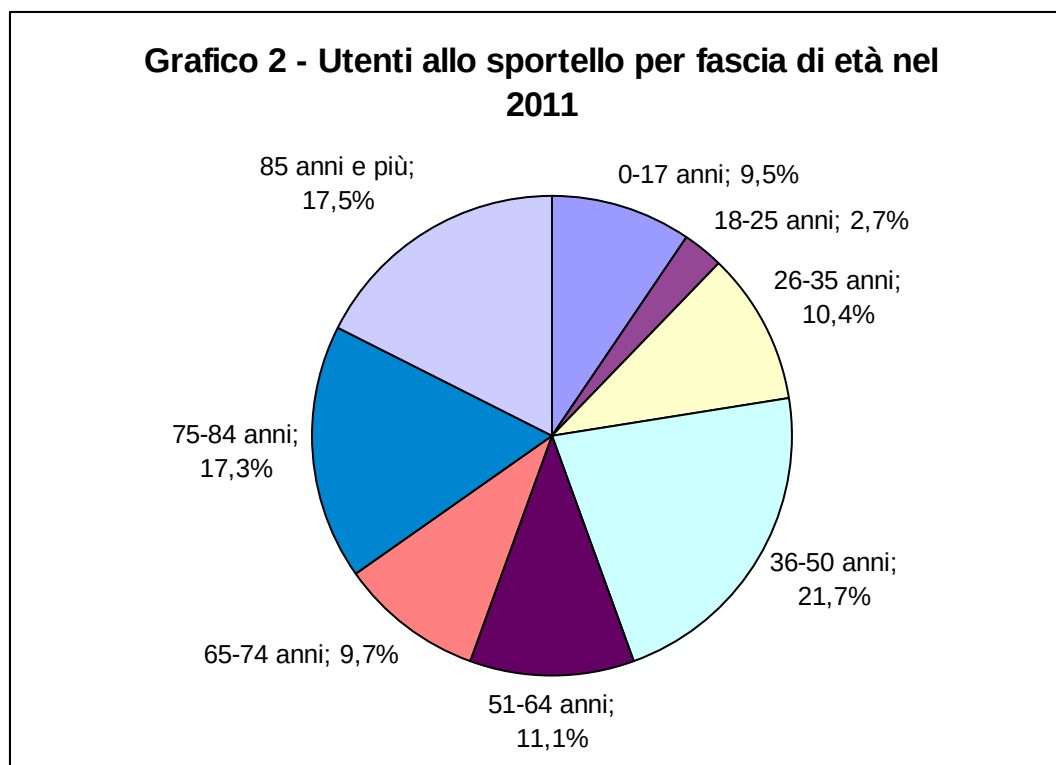
Come descritto nel paragrafo 2.1., attraverso il modulo GARSIA – sportello sociale/Osservatorio provinciale del bisogno è possibile avere informazioni su: contatti, utenti, bisogni espressi dagli utenti e servizi richiesti dagli utenti.

L'Osservatorio provinciale nell'anno 2011 registra 66.264 contatti agli sportelli sociali della provincia di Bologna e 48.710 utenti per i quali è stata presentata una richiesta, mentre nel primo semestre 2012 sono stati registrati 41.795 contatti e 31.175 utenti. (Grafico 1).

Grafico 1 - Contatti agli sportelli sociali della provincia di Bologna, per mese e anno



Nel 2011 i contatti rappresentano il 6,7% della popolazione residente, mentre gli utenti erano pari al 4,9%. La maggioranza degli utenti che presentano una richiesta allo sportello ha un'età compresa tra 36-50 anni (in provincia sono il 22% dei casi nel 2011 e 16% nel I semestre 2012) e sono per lo più donne; la seconda classe di età che più frequentemente presenta richiesta è quella con 85 anni e più (Grafico 2).

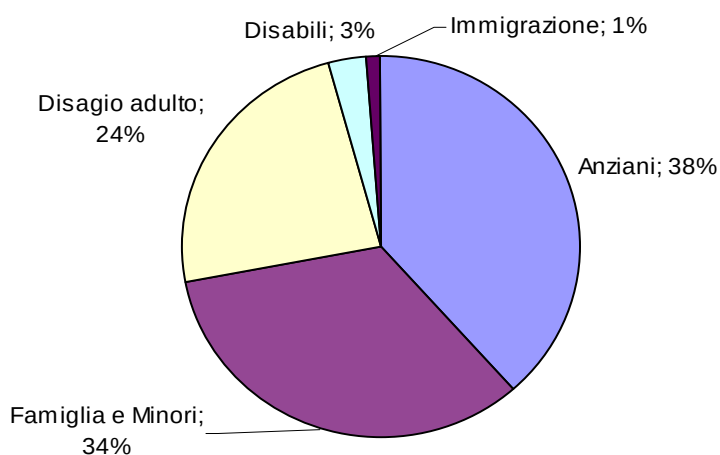


Sul totale degli utenti per i quali il dato è stato rilevato, 18.205 sono di nazionalità di paesi UE (17.299 dei quali italiani) e 5.366 sono di nazionalità di paesi extra-UE.

Sul totale degli utenti stranieri (sia UE che extra-UE), le nazionalità più numerose sono quella marocchina (1.257 utenti), quella rumena (754) quella bengalese (592), quella tunisina (414) e quella albanese (404).

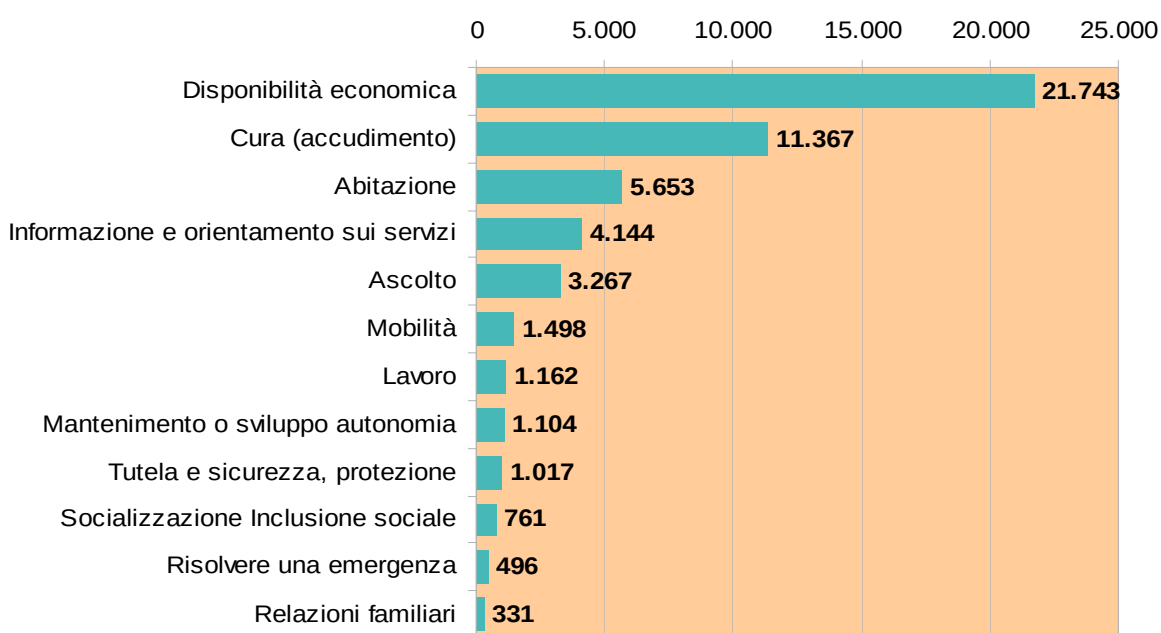
Il numero di richieste effettuate dai cittadini nel 2011 sono 48.272 e riguardano per lo più persone anziane (nel 37% dei casi), seguono le richieste per famiglia e minori (33%), e per disagio adulto (24%), mentre risultano marginali disabili (4%) e immigrati (2%). (Grafico 3).

Grafico 3 - Richieste pervenute agli sportelli sociali della provincia di Bologna per area di bisogno - Anno 2011



Il bisogno più manifestato dagli utenti degli sportelli sociali è quello economico, seguito dal bisogno di cura e da quello legato all'abitazione (Grafico 4).

Grafico 4 - Utenti che hanno espresso un bisogno presso gli sportelli sociali in provincia di Bologna - Anno 2011

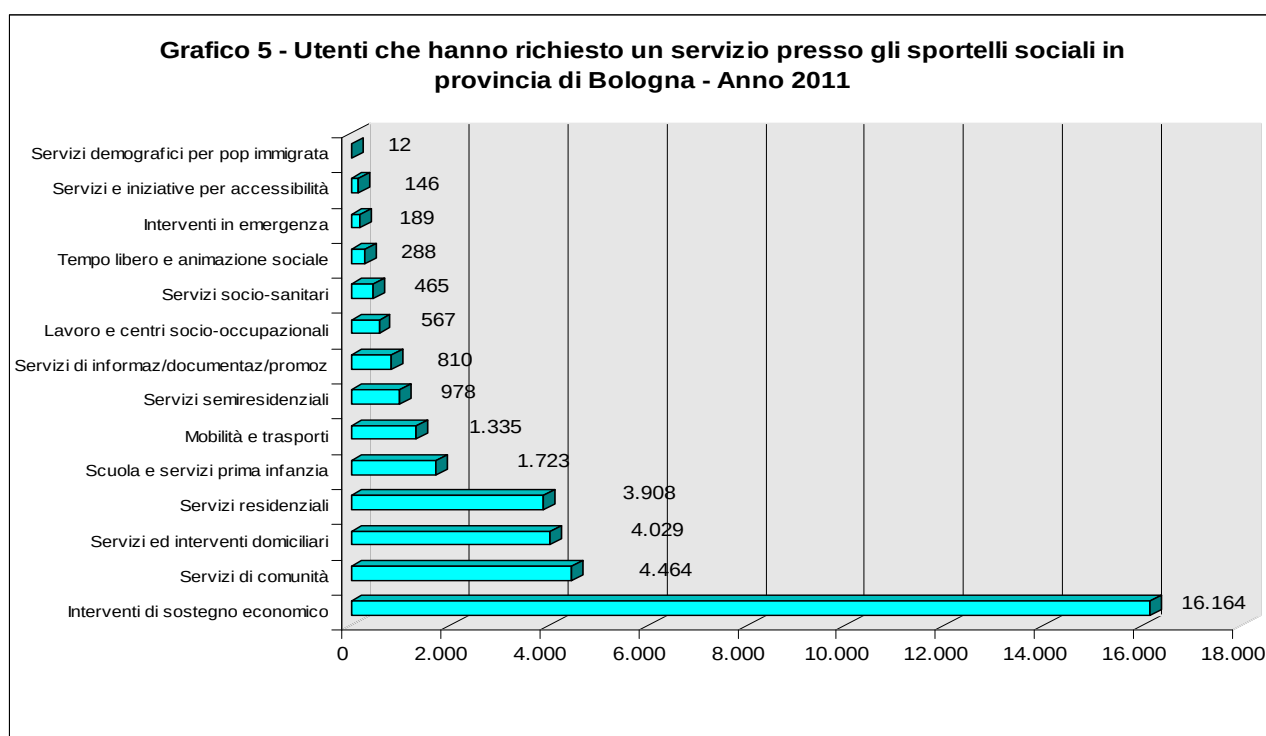


Il bisogno espresso cambia a seconda del target d'utenza, nonostante la disponibilità economica rimanga, nel complesso, quello prevalente (Tabella 1).

Tabella 1. Utenti presso gli sportelli sociali in provincia di Bologna, per bisogno espresso e target di utenza – Anno 2011

	Anziani	Famiglia e Minori	Disagio adulto	Disabili	Immigrazione
Disponibilità economica	4.200	9.553	7.372	557	61
Cura (accudimento)	10.114	636	310	265	42
Abitazione	1.002	2.817	1.692	67	75
Informazione e orientamento sui servizi	760	2.436	674	93	181
Ascolto	1.366	787	1.028	67	19
Mobilità	1.116	34	56	291	1
Lavoro	18	256	787	56	45
Mantenimento o sviluppo autonomia	805	75	109	82	33
Tutela e sicurezza, protezione	314	559	122	12	10
Socializzazione Inclusione sociale	464	98	55	81	63
Risolvere una emergenza	74	208	203	4	7
Relazioni familiari	39	236	49	3	4

A conferma del bisogno espresso, nel 2011 i cittadini si rivolgono ai servizi del territorio provinciale principalmente per richiedere interventi di sostegno economico (16.164 utenti, incidenza sul totale richieste pari al 46%). Seguono i servizi di comunità ed i servizi e interventi domiciliari⁹ (Grafico 5).



⁹ Nel grafico non sono stati inseriti 19.410 utenti che hanno richiesto "Altro" come servizio, dal momento che rappresentano le richieste di colloquio con l'assistente sociale.

Le macro categorie di servizi più richiesti allo sportello sociale nel 2011 per target d'utenza sono rappresentate di seguito (tabella 2):

Tabella 2. Macro categorie di servizi più richieste allo sportello sociale, per target di utenza, 2011

Target di utenza	Macro categorie di servizi più richieste		
Immigrazione	Servizi di comunità	Lavoro e centri socio-occupazionali	Servizi di informazione, documentazione, promozione
Disagio adulto	Servizi di comunità	Lavoro e centri socio-occupazionali	Interventi di sostegno economico
Famiglia e minori	Servizi di comunità	Scuola e servizi prima infanzia	Interventi di sostegno economico
Anziani	Servizi residenziali	Servizi e interventi domiciliari	Interventi di sostegno economico
Disabili	Mobilità e trasporti	Servizi e interventi domiciliari	Interventi di sostegno economico

L'analisi può essere dettagliata ulteriormente, considerando i servizi più richiesti per ciascuna delle macro-categorie. Di seguito (tabella 3) si riportano i tre servizi più richiesti presso gli sportelli sociali di tutto il territorio provinciale bolognese nel 2011, per ciascuna delle prime 4 macro categorie più richieste (come evidenziato dal grafico 6).

Tabella 3. Utenti dei servizi più richiesti, per macro-categoria di servizio, 2011

Macro categorie di servizi più richieste	Servizi più richiesti	Utenti per servizio
Interventi di sostegno economico	Contributi economici	7.330
	Bonus energia elettrica	7.075
	Bonus gas	5.616
Servizi di comunità	Servizi e interventi per accesso alla casa	3.442
	Servizi e interventi per emergenza abitativa	333
	Tutela, curatela, amministratore di sostegno	184
Servizi e interventi domiciliari	Assistenza domiciliare socio-assistenziale	1.833
	Assistenza domiciliare integrata (ADI)	533
	Distribuzione pasti a domicilio	499
Servizi residenziali	Casa protetta	2.200
	Casa di riposo	511
	RSA	465

3.2. La domanda non soddisfatta: i dati sulle liste di attesa in strutture residenziali per anziani

Un dato di notevole interesse per la programmazione dei servizi riguarda le liste di attesa. L'analisi di seguito considererà le liste di attesa relative alle strutture residenziali per anziani.

Arrivare ad un dato sulle liste di attesa attendibile e confrontabile tra i distretti (ed utile, pertanto, alla programmazione dei servizi) è possibile attraverso alcuni passaggi sui dati estratti dal sistema informativo.

Dal complesso delle domande presentate per le strutture residenziali vanno escluse quelle relative ai ricoveri di sollievo, che non configurano vere e proprie liste d'attesa, ma costituiscono una semplice prenotazione in anticipo di un servizio di cui si vorrà usufruire nei mesi successivi.

Il dato così ottenuto si riferisce alle liste di attesa per inserimenti definitivi in strutture residenziali. Per ottenere un'informazione in linea con il reale bisogno non soddisfatto, si devono eseguire ulteriori operazioni di pulizia del dato.

In particolare, vanno escluse tutte le domande che presentano mancanza di requisiti per l'ammissione al servizio (quelle con valutazione del livello di non autosufficienza inferiore ad una determinata soglia) e quelle definite come "sospese", per le quali, cioè, l'utente, al momento della richiesta del servizio, dichiara di non averne bisogno immediatamente, ma in un momento futuro, e pertanto di considerarsi sospeso dalla graduatoria.

Effettuate queste operazioni di disaggregazione e di pulizia del dato sulle graduatorie, si ottiene una informazione relativa al numero di persone in lista di attesa in strutture residenziali per anziani. La tabella seguente rapporta il numero di persone in lista di attesa con la popolazione ultrasettantacinquenne.

Tabella 4. Lista di attesa in strutture residenziali, valori assoluti e in percentuale sulla popolazione con più di 75 anni, 2011

	Val. Ass.	% di colonna	% su pop > 75 anni
Bologna	1.409	51,1	2,6
Casalecchio di Reno	291	10,6	2,3
Porretta Terme	93	3,4	1,3
San Lazzaro di Savena	127	4,6	1,6
Pianura Est	672	24,3	4,1
Pianura Ovest	164	6,0	1,9
Totale	2.756	100	2,6

La lista di attesa è complessivamente pari a 2.756 persone. Poco più della metà (il 51,1%) appartiene al Distretto di Bologna e circa un quarto al Distretto di Pianura Est.

Nell'area metropolitana, la lista di attesa è pari al 2,6% della popolazione con più di 75 anni. Nei distretti di Porretta Terme, San Lazzaro, Pianura Ovest e Casalecchio di Reno è inferiore alla media, è invece superiore alla media unicamente nel distretto di Pianura Est.

Il bisogno di assistenza degli utenti in lista di attesa per un posto in struttura residenziale viene soddisfatto in parte attraverso l'erogazione di altri servizi. Di seguito (tabella 5) si presentano alcuni dati relativi alle prestazioni erogate alle persone in lista di attesa¹⁰.

Tabella 5. Prestazioni erogate ad utenti in lista di attesa, per distretto, 2011

	ADI	Assegni di cura	Centro diurno
Bologna	1.163	1.071	105
Casalecchio di Reno	250	147	59
Porretta Terme	119	34	3
San Lazzaro di Savena	357	55	6
Pianura Est	468	375	27
Pianura Ovest	112	104	16
Totale	2.469	1.786	216

I dati evidenziano che ai 2.756 utenti in lista di attesa sono state erogate 2.469 prestazioni di ADI, 1.786 assegni di cura e 216 inserimenti in centro diurno. Si tratta di un volume di prestazioni non trascurabile, a testimoniare il fatto che, se è vero che il sistema di welfare non è in grado di soddisfare tutte le richieste di inserimento in struttura residenziali, è però in grado di erogare un servizio (o anche una pluralità di servizi) che può essere considerato un sostituto, parziale o totale, dell'inserimento in struttura residenziale.

3.3. L'analisi del fabbisogno standard

I dati che il sistema informativo GARSIA fornisce possono essere utilizzati per la stima del fabbisogno finanziario per l'erogazione dei servizi. Il calcolo di questa grandezza presenta un interesse particolare, dal momento che permette di verificare se le risorse effettivamente utilizzate siano sufficienti o no per soddisfare la domanda di servizi espressa dagli utenti. Di seguito, dopo un esame della normativa nazionale sul tema del fabbisogno standard, si descriverà come, attraverso il sistema informativo GARSIA, è possibile pervenire ad una stima dello stesso, e si presenteranno alcuni dati sintetici.

¹⁰ I dati presentati in tabella non permettono di stabilire quanti utenti in lista di attesa abbiano – ad esempio – prestazioni di ADI, in quanto ciascun utente può ricevere più di una prestazione di ADI nel corso dell'anno. Successive elaborazioni dei dati permetteranno di scendere a questo livello di dettaglio nell'analisi.

3.3.1. Il fabbisogno standard nella normativa nazionale

L'importanza del calcolo del fabbisogno finanziario è evidente se si esamina l'evoluzione del contesto nazionale sul tema dei Livelli Essenziali delle Prestazioni. La Legge 42/2009 ed i successivi interventi normativi hanno introdotto la nozione di *fabbisogno standard*, determinata tenendo conto del *costo standard* che deve essere sostenuto per garantire i LEP in modo uniforme in tutto il territorio nazionale. Si pone quindi l'obiettivo, da realizzare in modo graduale, di superare il criterio della spesa storica, che, come si è illustrato, è causa di inefficienze nella produzione dei servizi e disincentiva la responsabilità degli enti decentrati.

Gli interventi normativi successivi hanno specificato alcune indicazioni per meglio identificare i Livelli Essenziali delle Prestazioni.

Il D.Lgs. 68 del 6/5/2011 ha fornito qualche dettaglio in più relativamente alle spese di competenza delle Regioni.

Il decreto elenca quattro macro aree di intervento (sanità, assistenza, istruzione, trasporto pubblico locale) per le quali stabilisce di definire fabbisogni e costi standard. Tuttavia, poichè la definizione di fabbisogni e costi richiederà molto tempo, il decreto abbozza un processo decisionale transitorio. Ogni anno, nell'ambito del processo di formazione del bilancio statale saranno stabiliti, tramite intesa conclusa in sede di Conferenza unificata, i servizi da erogare, aventi caratteristiche di *generalità e permanenza*, e il relativo fabbisogno, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica.

Il D.Lgs. 216 del 26/11/2010 ha invece precisato la definizione dei LEP per i Comuni.

Vengono identificate alcune funzioni dei Comuni e vengono fornite indicazioni sul modo di calcolare il fabbisogno standard. Senza entrare nel dettaglio¹¹, il decreto definisce che i fabbisogni standard verranno calcolati attraverso modelli di stima sulla base di tecniche econometriche appropriate.

Dal momento che si prevede di terminare la fase di stima dei fabbisogni nel 2016, nel regime transitorio verranno definiti *obiettivi di servizio* che devono essere garantiti dalle amministrazioni regionali e locali nell'esercizio delle funzioni riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni o alle funzioni fondamentali. Gli obiettivi di servizio sembrano quindi porsi come step intermedi nel percorso che dovrebbe portare ai LEP, e con riferimento ad essi dovrebbe essere in prima istanza definito il fabbisogno standard.

Nonostante la lunghezza del percorso tracciato dalla normativa nazionale, la definizione dei fabbisogni standard e il superamento del criterio della spesa storica modificherà la dotazione di risorse che saranno trasferite agli enti decentrati.

Al fine di evitare variazioni inaspettate nei trasferimenti di risorse, risulta quindi di notevole importanza misurare correttamente il *fabbisogno standard* di risorse, sulla base di *costi standard* attendibili.

¹¹ Per i dettagli si rimanda al rapporto Provincia di Bologna-CAPP, *La stima del fabbisogno standard dei servizi per la popolazione anziana non autosufficiente e per i disabili adulti della Provincia di Bologna*, Aprile 2012; si veda anche Bertoni, Bosi, Lorenzini, *L'identificazione del fabbisogno standard per i servizi socio-sanitari con particolare riguardo ai servizi per anziani non autosufficienti: il caso della Provincia di Modena*, CAPPaper n.61, Modena.

3.3.2. La stima del fabbisogno standard per i servizi agli anziani non autosufficienti nella CTSS di Bologna

Grazie al sistema informativo GARSIA, per i servizi agli anziani non autosufficienti è stato possibile tentare una prima stima del fabbisogno standard della CTSS di Bologna.

La stima è stata effettuata considerando i seguenti servizi:

- Strutture residenziali, disaggregando per le diverse tipologie: inserimenti permanenti e temporanei (dimissioni protette e ricoveri di sollievo);
- Strutture semiresidenziali;
- Assegni di cura.

Per ciascun servizio, attraverso GARSIA è stata ottenuta la quantità erogata (giornate di accoglienza nel caso delle strutture residenziali e semiresidenziali; giornate di erogazione nel caso dell'assegno di cura) ed è stata moltiplicata per i costi dei servizi definiti dalla normativa regionale (livelli A, B, C dell'assegno di cura, e così via). Si è pertanto ipotizzato che questi costituissero il *costo standard* delle prestazioni prese in esame. Attraverso questo procedimento è stato possibile ottenere un fabbisogno di risorse, che presenta il limite di essere troppo appiattito sull'offerta di servizi esistente.

La disponibilità del dato degli utenti in lista di attesa – riportati nel paragrafo 3.2. – ha permesso di modificare in modo significativo il risultato ottenuto attraverso la misurazione del fabbisogno basato unicamente sui servizi erogati. Agli utenti in lista di attesa per strutture residenziali è stato applicato un costo standard – stimato sulla base della gravità degli utenti già inseriti in strutture residenziali – in modo da ottenere quel fabbisogno di risorse utile a soddisfare il loro bisogno.

La somma dei due fabbisogni, così calcolati, permette di ottenere una grandezza che può essere ragionevolmente considerata il *fabbisogno standard* di risorse per l'area degli anziani non autosufficienti (tabella 6).

Tabella 6. Il fabbisogno per i servizi agli anziani non autosufficienti, milioni di euro, 2011

	Struttura residenziale	Assegno di cura	Centro diurno	Lista di attesa	Totale
Bologna	19,2	7,1	1,7	12,5	40,5
Casalecchio	3,8	1,3	0,6	2,4	8,0
Pianura Est	5,7	2,6	0,2	6,4	14,9
Pianura Ovest	3,3	1,1	0,2	1,3	5,9
Porretta	2,3	1,2	0,1	0,8	4,4
San Lazzaro	2,7	0,8	0,2	1,2	4,9
Totale	36,9	14,1	3,0	24,7	78,7

Complessivamente, il fabbisogno di risorse per gli anziani non autosufficienti della CTSS di Bologna è pari a 78,7 milioni di euro. Si evidenzia ancora una volta l'importanza delle

liste di attesa, che permettono di quantificare un fabbisogno di risorse di poco inferiore a 25 milioni di euro, pari al 31,4% del fabbisogno standard complessivo.

4. Considerazioni conclusive: punti di forza e criticità del progetto

Come si evince dalla descrizione sopra effettuata, il più importante punto di forza del Sistema informativo/gestionale GARSIA è costituito dal fatto che si tratta di un prodotto personalizzato, aderente alla realtà operativa gestionale dei servizi, utilizzato direttamente dai professionisti in modo capillare. Attraverso lo sviluppo di questo sistema è stato possibile, quindi, condurre una attenta analisi dello stato di fatto per attivare i processi indispensabili per la garanzia dell'equità di accesso e di trattamento delle persone.

L'aspetto fondamentale che ha permesso e permette la realizzazione del Progetto GARSIA è dato dalla **fortissima azione di coinvolgimento degli operatori nella condivisione**, non solo dell'utilizzo del sistema, ma anche e soprattutto, nella assunzione della logica e del disegno ad esso sotteso. In realtà buona parte del tempo impiegato per portare a regime i vari moduli informatici è stato investito su:

- condivisione di nuovi strumenti e metodologie di lavoro sul piano tecnico ,
- definizione dei contenuti degli atti di regolazione e loro applicazione e sedimentazione sui territori,
- definizione di percorsi e processi tecnico-assistenziali omogenei,
- traduzione informatica ed individuazione della corretta configurazione del sistema informatico in riferimento alla specifica realtà gestionale territoriale/distrettuale,
- formazione capillare per l' utilizzo dello strumento informatico,
- sperimentazione del sistema e sua implementazione e sedimentazione nella realtà operativa attraverso una stringente attività di accompagnamento sul piano tecnico-informatico, tecnico-gestionale e tecnico-professionale,
- collaudo del modulo informativo-informatico e attività periodica di monitoraggio sul piano tecnico professionale e sul piano informatico-informativo,
- manutenzione e aggiornamento del progetto e del sistema sul piano informatico, informativo, gestionale e tecnico-professionale.

La gestione di questo percorso , certamente valorizzante in termini professionali e di sistema, richiede però un forte investimento rispetto al fattore **tempo** e rispetto alla creazione di una **tecnostruttura di governo** del Progetto e del sistema nella sua interezza.

La creazione di una tecnostruttura autorevole e competente sul piano informatico, informativo, tecnico e gestionale è elemento imprescindibile per garantire la sistematicità di un monitoraggio costante del sistema e del suo corretto utilizzo in una logica che, per definizione, deve essere ancora una volta giocata sulla massima integrazione di professionalità, di competenze e di istituzioni diverse. Tale tecnostruttura, costituita dal

Coordinamento Aziendale per la parte socio-sanitaria e dall'Ufficio di Piano Provinciale per il coordinamento dell'osservatorio sugli sportelli sociali, diviene pertanto il perno unificante del Progetto, l'interfaccia diretta tra gli organismi di programmazione metropolitana e territoriale da una parte (CTSS) e la realtà operativa e gestionale dall'altra.

Il sistema informativo può essere utilizzato attraverso estrazione di dati (record individuali) o flussi generati in modo automatico dal sistema. Indubbiamente questa possibilità rappresenta un enorme vantaggio, per rapidità ed omogeneità, nella possibilità di acquisire informazioni che non devono essere rilevate *ad hoc* con percorsi autonomi, diversi e paralleli, rispetto alla attività operativa quotidiana. L'impatto sul sistema è di grande utilità in quanto evita un "doppio" lavoro ai professionisti, che spesso percepiscono le rilevazioni *ad hoc* come avulse ed estranee alla loro realtà professionale ed operativa.

Il principale problema che si deve affrontare nel momento della costruzione ed implementazione di un sistema informativo è proprio la sensazione di dover effettuare un lavoro ulteriore per fini informativi dei quali non si percepisce né la finalità, né lo scopo e per i quali non si riconosce una utilità immediata nello svolgimento del proprio lavoro.

I professionisti, dopo una prima fase difficoltosa, legata all'impatto dell'utilizzo di strumenti di tipo informatico, hanno risposto in modo più che soddisfacente alla novità di "abbandonare" i consueti strumenti cartacei apprezzando la semplificazione apportata alla loro operatività anche in relazione alla tempestività del trasferimento delle informazioni da un punto all'altro della rete assistenziale ed alla trasparenza nella gestione dei percorsi e dei processi. La possibilità di essere in grado in qualsiasi momento di poter rispondere al cittadino in modo oggettivo e in termini di assoluta trasparenza, ha influito notevolmente sulla acquisizione di un punto di vista che vede l'integrazione (istituzionale e professionale) non come un punto di arrivo di un faticoso percorso quotidiano, ma una metodologia di lavoro consolidata, in grado di valorizzare l'apporto specifico di ciascun interlocutore.

Restano ancora irrisolti alcuni problemi di rapporto con il mondo più strettamente sanitario che, talvolta, fatica a percepire la complessità e specificità dell'intervento di natura socio-sanitaria. Questo si manifesta in modo particolare nella appropriatezza delle segnalazioni di problematiche di tipo socio-assistenziale e socio-sanitario nel momento della dimissione protetta dai reparti ospedalieri o nella gestione di percorsi di assistenza domiciliare territoriale quando è necessaria la integrazione tra il percorso clinico-infermieristico (ADI) e quello socio-sanitario (ASSDI).

Bibliografia

Bosi P., Bertoni F., Lorenzini M., *L'identificazione del fabbisogno standard per i servizi socio-sanitari con particolare riguardo ai servizi per anziani non autosufficienti: il caso della Provincia di Modena*, CAPPaper n.61, Modena

Forni, M., Ragazzini, F., Paltrinieri, F., “L'accesso sociale: il nuovo sportello sociale. La sperimentazione della Regione Emilia Romagna e l'esperienza della Provincia di Bologna”, in Iseppato, I., Rimondini, S., *Le reti dell'accesso per la sanità e l'assistenza*, Franco Angeli, 2009

Provincia di Bologna-CAPP, *La stima del fabbisogno standard dei servizi per la popolazione anziana non autosufficiente e per i disabili adulti della Provincia di Bologna*, Aprile 2012

Scagliarini A., Vorabbi A., “I servizi rivolti alla popolazione anziana: un confronto fra l'Azienda USL Rimini e l'Azienda USL Bologna Nord”, in Cipolla C., Perino A., *Oltre la delega. I servizi sociali nei Comuni delle AUSL di Rimini e Bologna Nord*, Franco Angeli, 2004