



REGIONE BASILICATA



# La governance comunitaria per la salute: Un nuovo modello di partnership

Come tutti i termini divenuti troppo rapidamente di moda, quello di "governance" appare già troppo ambiguo, dato il suo uso polisemico, per poter essere considerato in qualche modo utile a denotare di per sé un fenomeno sociale in modo univoco. L'accezione del concetto, vicina al significato originale del termine, deriva dagli studiosi anglosassoni di Scienze Politiche che lo hanno applicato allo studio della pubblica amministrazione e delle relazioni internazionali, e lo hanno contrapposto al concetto di government.

L'espressione governance abbraccia i processi, le pratiche, le regole, i significati che definiscono come i poteri vengono effettivamente esercitati da una pluralità di attori fra loro interconnessi, anche eventualmente in assenza di un'autorità di governo formalmente riconosciuta. In tal senso, la governance si caratterizza per l'esercizio di poteri effettivi in una struttura di relazioni che appare di tipo poliarchico, in quanto fondata su di un gioco di equilibri fra una pluralità di soggetti.

Più vicino all'ambito sanitario è invece il concetto di network governance, proposto da alcuni sociologi per designare quelle pratiche di partnership pubblico/privato basate sul coordinamento delle reciproche attività mediante network (reti) e accordi istituzionali: si tratta di una governance "socialmente negoziata" ha come protagonisti diversi tipi di attori: autorità locali, sindacati, aziende, associazioni di volontariato, cooperative sociali, ecc.

Questa accezione della governance, come forma di partnership a rete tra la pubblica amministrazione e i soggetti sociali, diviene soprattutto un'occasione per ripensare il Welfare State in un'ottica di partecipazione comunitaria ai processi di programmazione concertata dei servizi secondo una logica di co-produzione delle politiche sociali che tenda a rafforzare la posizione del cittadino quale attore attivo della vita pubblica tramite il suo empowerment. Il campo sanitario può essere considerato una delle arene privilegiate di applicazione di questo nuovo approccio.

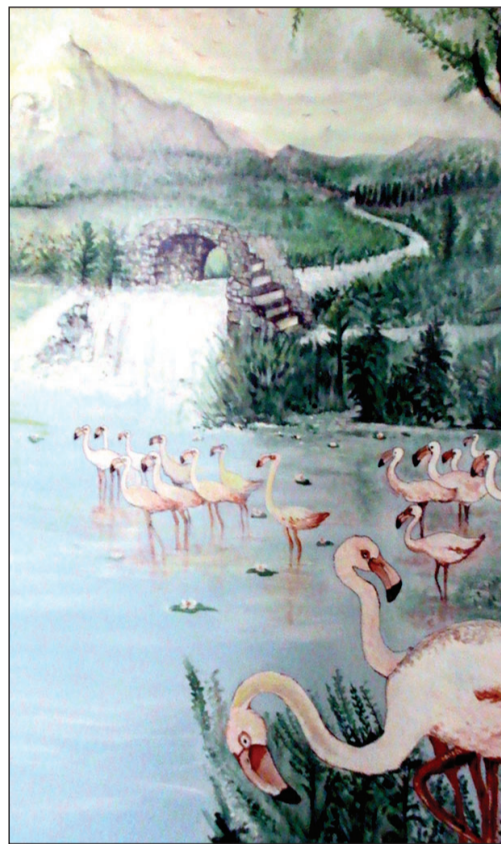
Il concetto di community health governance si fonda sul tentativo di superare il tradizionale approccio settoriale e direttivo alle politiche sanitarie per attribuire un ruolo di protagonista alla comunità locale nell'identificazione anzitutto delle questioni sanitarie di maggior rilievo e nel generare quindi le risorse necessarie a farvi fronte, ottimizzando le relazioni con il governo locale e nazionale, attivando la collaborazione con le strutture di sanità pubblica e facendo di tutti questi processi l'occasione per una forma di apprendimento collettivo.

Qual è il significato di un approccio di questo tipo in un conte-

sto come quello italiano? Quali modelli di regolazione esso implica nei diversi contesti regionali nel momento in cui la sanità diventa uno degli ambiti centrali della devolution federalista? Sono solo alcune delle domande alle quali sarà probabilmente possibile rispondere solo nei prossimi anni; per ora, ci limitiamo a rilevare che la crisi del welfare state che, anche in Italia, ha cominciato a manifestarsi con un certo rilievo a partire dagli anni '80 innescando un ampio dibattito sia sul piano teorico che su quello politico-istituzionale, sembra aver preso due direzioni principali di ripensamento e ridefinizione. Da una parte, lo sviluppo del dibattito sul federalismo, che rilancia la questione regionalista attuando progressivamente il decentramento amministrativo e politico con conseguente assunzione di compiti sempre maggiori da parte degli enti locali e in particolare delle Regioni.

Dall'altra, viene sempre più affermandosi anche un principio di sussidiarietà in senso orizzontale, che comporta non una semplice redistribuzione di poteri all'interno dello Stato tra governo centrale ed Enti locali, ma uno stretto intreccio tra la trasformazione in senso federalista dello Stato (sussidiarietà verticale) e il riconoscimento dell'autonomia della società civile e della sua capacità d'intervento anche in risposta ai bisogni sociali emergenti (sussidiarietà orizzontale). Ciò ha implicato, anzitutto, la piena legittimazione del Terzo settore nelle sue componenti principali attraverso le due leggi del 1991 sul volontariato e sulla cooperazione sociale; e, in secondo luogo, la radicale ridefinizione dell'assetto delle relazioni tra pubblico e Terzo settore. Da relazioni di tipo eminentemente regolative - basate prima sull'erogazione di contributi e poi sul "contracting-out", l'esternalizzazione dei servizi mediante gare d'appalto quali forme di "competizione controllata" (managed competition) - si è così passati a forme di vera e propria partnership, non più basate su di una concezione meramente regolativa di tali relazioni, ma fondate su meccanismi di governance.

Così, se il processo di progressiva realizzazione della sussidiarietà verticale attraverso una devolution finora quasi priva di bilanciamenti istituzionali e assai poco autoriflessiva sta portando all'attuazione de facto di una pluralità di modelli regionali fortemente differenziati di politiche sanitarie e di servizi sanitari, nonché di welfare locale più in generale; dall'altra, nell'ambito di tale pluralità di modelli regionali, altrettanto diverse appaiono le tipologie effettive di governance che si vanno realizzando attraverso forme di partnership con il terzo settore.



Analizzare tali meccanismi di partnership e la reale natura di governance più o meno comunitaria innescata diviene un compito imprescindibile per chiunque abbia a cuore il miglioramento effettivo della salute e la riduzione delle disuguaglianze nell'accesso alle cure e ai loro risultati che con sempre maggior evidenza sembrano oggi affiorare.

**Guido Giarelli**

Professore associato di Sociologia generale, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università "Magna Graecia", Catanzaro

## Psico Ecologia

Nel periodo del grande sviluppo tecnologico degli anni 60 e 70 del secolo scorso, era opinione comune che le nuove pratiche mediche potessero garantire da sole il successo terapeutico. Ben presto, però, è risultato evidente che fattori marginali, spesso sottovalutati, possono influenzare in maniera determinante gli esiti a lungo termine degli eventi morbosi. La fantasia onnipotente dei medici di poter modificare in modo sostanziale lo stato di salute della popolazione con farmaci ed interventi chirurgici si è scontrata con l'evidenza che fattori psicologici e sociali sono in grado di limitare se non di vanificare le conquiste scientifiche. L'organizzazione e la programmazione dei servizi in chiave epidemiologica, lo stile di vita e la compliance del paziente hanno assunto al giorno d'oggi la stessa rilevanza prognostica della preparazione tecnica degli operatori sanitari. In neuropsichiatria infantile, la clinical governance - intesa come gestione clinica del percorso di cura - deve essere particolarmente attenta a questi fattori ponendo al centro del processo il paziente e la sua famiglia. La gestione dei servizi deve prevedere un approccio ecologico che collochi il bambino ed il ragazzo all'interno del suo ambiente di vita. È fondamentale perciò ridurre al minimo indispensabile l'allontanamento del soggetto in età evolutiva dai normali momenti di vita e di relazione, quali la famiglia, la scuola e il gruppo dei pari. L'intervento terapeutico non deve divenire un surrogato di questi contesti, ma fin da subito deve operare per aumentare la competenza e la funzionalità dell'ambiente naturale.

Per raggiungere questo obiettivo, è necessario da un lato riconoscere la complessità ed evitare di ridurre i problemi ad aspetti sanitari e quindi di psicomedicalizzare e, dall'altro, rinunciare a delegare alla politica la soluzione dei problemi, con rinuncia all'assunzione di responsabilità da parte dei tecnici.

"Ciò che caratterizza una seria azione di salute mentale è la multidisciplinarietà e la molteplicità delle alleanze necessarie (istituzionali e non)". [Benedetto Saraceno, 1998]

**dr. Carlo Calzone**  
Direttore del DINPEE

## Associazione Fidas

L'8 maggio del 1979 si costituì a Matera la prima associazione di donatori di sangue autonoma della Basilicata con la denominazione A.D.Vo.S. (associazione donatori volontari di sangue). Già dai primi anni '70, gruppi di pionieri della donazione offrivano il loro supporto all'allora Banca del Sangue, che doveva fronteggiare grandi bisogni trasfusionali a causa della presenza di numerosi microcitemici che necessitavano di continue trasfusioni. Era un periodo molto difficile, caratterizzato dall'assenza di altre associazioni di donatori e dalla presenza di forti pregiudizi e del "mercato nero" del sangue. Da allora grandi passi avanti si sono compiuti anche per merito della Fidas Basilicata che ha offerto il suo contributo nella raccolta di sangue e di emocomponenti, nella promozione della cultura del dono, nella costituzione di reti associative. Oggi in Basilicata la FIDAS conta 2640 aderenti organizzati in 18 sezioni territoriali, oltre a un congruo numero di donatori fidelizzati attivi in comuni in cui mancano le sezioni. Dal 1996 l'ADVOS per entrare nel contesto nazionale delle problematiche della donazione senza rinunciare alla propria autonomia, ha aderito alla FIDAS. È stato l'anno della svolta e del rilancio che ha consentito al gruppo dirigente di venire a contatto con tutte le realtà nazionali e di accrescere la sua presenza e il suo protagonismo nel territorio regionale. Nei primi anni di attività l'Associazione aveva strutturato la sua presenza nelle fabbriche della Val Basento, negli uffici pubblici e nelle scuole, ma, a seguito della crisi industriale che ha visto chiudere

una dopo l'altra le aziende del polo chimico, ha ripiegato su un modello organizzativo che aggregava i donatori nei comuni di residenza. Ciò era favorito anche dalle previsioni del Piano Sangue regionale che, per far fronte alle croniche carenze, autorizzava le associazioni ad organizzare raccolte associative all'interno dei Distretti Sanitari di base che erano presenti in ogni comune ed avevano caratteristiche che garantivano standard di qualità. Con le raccolte associative, che ormai raggiungono l'80% del totale, la Basilicata risulta sostanzialmente autosufficiente per quanto riguarda le emazie, essendo in grado di raccogliere sangue in misura tale da soddisfare le necessità trasfusionali delle strutture sanitarie regionali. Esistono tuttavia ancora alcune criticità e occorrerà un maggiore impegno, perché la nostra Regione conosce un ininterrotto flusso migratorio di giovani diplomati e laureati, perché vi è ancora un indice di migrazione sanitaria considerevole, perché strutture di eccellenza come l'Ospedale S. Carlo di Potenza, l'Ospedale Madonna delle Grazie di Matera, il Centro Oncologico di Rionero, richiedono sempre maggiori disponibilità di sangue e di emoderivati, e infine perché il plasma raccolto e lavorato è ancora ad un livello molto al di sotto degli standard previsti. Al conseguimento di obiettivi di qualità e di aumento delle raccolte è improntato il progetto della Fidas Basilicata che, proprio nei comuni capoluogo, Potenza e Matera, e nelle aree di maggiore criticità come la costa Jonica e il Vulture-Melfese, sta investendo in presenza ed iniziative.

## Informazioni sul Dipartimento

Unità Operativa Ospedaliera (UOO) di Matera e Direzione del Dipartimento presso Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" Tel/fax 0835.253357  
Unità Operativa Territoriale (UOT) dell'asl n.4 di Matera c/o Punto Sanità P.za Firenze Tel. 0835.253408 - Fax. 0835.259443  
UOT dell'ASL n.1 di Venosa c/o Dipartimento Materno- Infantile Tel. 0972-39111 Fax. 0972-39271  
UOT dell'ASL n.3 di Lagonegro c/o ASL n.3 di Lagonegro Tel. 0973-621830 Fax. 0973-621840  
UOT dell'ASL n.5 di Montalbano j.co c/o Distretto Sanitario di Policoro Tel. 0835-986421 Fax. 0835-973692  
U.O.O. dell'ospedale "S. Carlo" di Potenza c/o U.O. di Pediatria dell'Az. Ospedaliera Tel. 0971-613560 Fax. 0971-612879

L'utente può accedere al servizio di Neuropsichiatria infantile dell'ASL n.4 di Matera per effettuare una prima visita ambulatoriale mediante prenotazione al CUP regionale previa richiesta del medico curante, ai numeri verdi:

848.821.821 (da rete fissa)  
0971.471373 (dai cellulari).

Il ricovero in day hospital sarà programmato dai medici del servizio dopo la prima visita in ambulatorio. La famiglia verrà contattata direttamente dal servizio di neuropsichiatria infantile.

[www.aslmt4.it/dinpee/index.htm](http://www.aslmt4.it/dinpee/index.htm)  
e-mail: [dinpee@rete.basilicata.it](mailto:dinpee@rete.basilicata.it)

## NEWS

**Sabato 19 gennaio 2007, presso l'Auditorium dell'Ospedale "Madonna delle Grazie", si svolgerà il secondo appuntamento del corso di formazione "QUESTIONARI PER I GENITORI E STRUMENTI DI SCREENING PER DISTURBI PSICOPATOLOGICI IN ETÀ EVOLUTIVA", rinviato il giorno 15 dicembre per le avverse condizioni meteorologiche. Per maggiori informazioni potete consultare il sito del DINPEE oppure contattando il servizio di neuropsichiatria infantile di Matera.**

**Il Centro Documentazione Handicap organizza su richiesta interventi formativi sulle seguenti tematiche:**

- \* I LINGUAGGI DELLA DIVERSABILITÀ
- \* IL LAVORO DI CURA E LA RELAZIONE EDUCATIVA
- \* INFORMARE E DOCUMENTARE NEL SOCIALE

Stage di formazione e approfondimento sono rivolti ad operatori socio-sanitari, insegnanti, volontari, genitori, operatori e animatori culturali e sportivi. Per informazioni: [giovanna@accaparlante.it](mailto:giovanna@accaparlante.it); [sandra@accaparlante.it](mailto:sandra@accaparlante.it).

Corso di Formazione in FUNZIONALITÀ VOCALE  
Segreteria [www.alplogopedia.it/Corsi.htm](http://www.alplogopedia.it/Corsi.htm); [info@novacantica.it](mailto:info@novacantica.it)  
tel./fax 0437-859296

**TRENTO, GENNAIO - OTTOBRE 2008, 28° corso annuale di formazione erickson**

**"ANALISI E MODIFICAZIONE DEL COMPORTAMENTO DI PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA: IL METODO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE"**

tel. 0461 950747; fax 0461 956733; E-mail: [formazione@erickson.it](mailto:formazione@erickson.it)