

Intervento di MASSIMO CAMPEDELLI, collaboratore dell'Area Innovazione Sociale
dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna,
al Workshop del 26 ottobre 2010 su
“La ricerca sociale e sociosanitaria in Emilia-Romagna. Primo censimento”

26.10.10

- 1) Il rapporto/dossier (quasi trecento ricerche raccolte) e le 4 esperienze presentate durante il workshop sono sufficientemente significativi del patrimonio- giacimento di ricchezza conoscitiva - disponibile nel territorio e proprio per questo da valorizzare.
- 2) Cosa significa, in termini conoscitivi, la “ricerca” di cui stiamo parlando? Essa è solo **una parte del sistema di conoscenze del welfare RER**; un sistema assolutamente invidiabile dalle altre regioni italiane; questo sistema di conoscenze (profili di comunità, bilanci di missione, banche dati sanitarie; osservatori sociali; archivi della rendicontazione economica; ecc.) si alimenta di un considerevole debito informativo che i servizi devono produrre; ora, come emerge anche oggi, questo **debito informativo non si traduce – automaticamente – , per usare un gioco di parole, in credito informativo**, ovvero non sembra utilizzabile immediatamente e in modo efficace dai programmatori e dagli operatori del welfare integrato rer, tantomeno dai cittadini che fruiscono dei servizi.
- 3) Come possiamo schematizzare il sistema di conoscenza del welfare regionale? Esso può essere, semplificando, ricondotto ai due approcci paradigmatici della raccolta e messa a disposizione di dati inerenti il debito informativo: quello **epidemiologico**, relativo ai bisogni/popolazioni (nel senso etimologico del termine), che sia sanitario, sociale, o altro; e quello **dell'accountability**, ovvero della rendicontazione sul proprio operato, sia questa di output, di outcome, di bilancio, ecc. Questi due approcci sono molto spesso interdipendenti – gli stessi dati possono essere letti in un modo o in un altro – ma conviene tenerli chiaramente separati al fine di valorizzarne la potenzialità informativa.
- 4) Tale potenzialità ci permette di affrontare uno dei nodi chiave di una politica che non voglia essere sviluppata alla cieca: quella della coerenza/non coerenza con quanto dichiara di perseguire; ora, ad esempio, non può non colpire che solo lo 0,7% delle ricerche raccolte nella anagrafe sanitaria (circa 3000; vedi intervento di Liberati) riguardino il tema dell'equità/disuguaglianza. E' chiaro che non sono quelle poche ricerche che da sole dicono quanta equità e rimozione delle disuguaglianze il ssr ha prodotto in questi anni; ma è altrettanto vero che, al di là delle dichiarazioni del PSSR 2008-2010, la verifica dell'equità non sembra una priorità del ssr stesso. O si dà per scontato, e in parte forse è vero, che il sistema sia sufficientemente equo, o in realtà questo non è un tema prioritario, oppure ancora non essendo facile misurare l'equità di un sistema si evita di cimentarsi in un'impresa di tale tipo.
- 5) Questo punto ci permette di affrontare la questione basilare: qual è quindi il posto della ricerca (sociosanitaria) nel sistema di conoscenza del welfare rer? Ovvero, la ricerca ss pone o no, intrinsecamente, questioni inerenti l'effettività degli indirizzi/principi – cioè delle coerenze – di quanto la RER ha stabilito? Penso proprio di sì, almeno su quattro versanti; quello del rapporto:
 - a) in prima istanza, tra capacità conoscitiva del sistema e verifica della **attuazione delle linee regionali e locali** della programmazione;
 - b) e conseguentemente, tra capacità conoscitiva del sistema e **visibilità/riconoscimento delle diverse popolazioni titolari di diritti da parte del sistema stesso** (un esempio, l'epidemiologia dei care givers che assistono i propri congiunti terminali o non autosufficienti);

- c) tra capacità conoscitiva del sistema ed **appropriatezza o efficacia degli interventi**, soprattutto in campo sociale e sociosanitario;
- d) tra capacità conoscitiva del sistema e **qualità/significatività delle informazioni disponibili** (basti pensare alla attendibilità di molti dati oggi usati per prendere decisioni di policy, compresi quelli di spesa).

Si tratta di quattro versanti che possono rappresentare **le linee di una politica della ricerca (sociosanitaria, ma non solo) a supporto delle politiche di welfare regionale**, da cui desumere poi le aree tematiche e le ricerche specifiche già accennate stamane.

- 6) Quale prospettiva deve avere questa ricerca? Si tratta di sviluppare una visione **“EDS – evidenze, diritti, sperimentabilità”**, che raccolga sia l’approccio **epidemiologia** che quello **accountability**; capace cioè di produrre informazioni non solo descrittive, di processo e di prodotto, ma di **verifica della effettività dei diritti** che quei processi e prodotti rendono fruibili in quanto risposta ai bisogni delle diverse popolazioni (**la differenza tra descrittori e indicatori**); per **interrogare**, non solo descrivere, con queste informazioni, il sistema dei diritti che la Regione ha fatto proprio – da quelli costituzionali ai livelli essenziali regionali scritti nel FRNA, solo per fare un esempio; e per avere le basi per **innovare**, adattando costantemente la propria operatività alla **evoluzione dei bisogni e delle domande**.
- 7) La sfida? Il sociosanitario ha caratteristiche proprie. Molto del sapere che da esso si potrebbe ricavare non è oggi codificato e forse neppure del tutto codificabile in futuro. In altri termini, molto di questo sapere è intrinsecamente connesso alla prassi degli operatori (e degli assistiti). Questi, non solo hanno bisogno di conoscenze che li aiutino a innovare - cioè a rendere puntuali i diritti – le risposte, ma hanno altresì bisogno di **dare valore a quanto “imparano” dalla prassi**, non per inventarsi “ricercatori” ma per **dare valore alla loro attività come ricerca**, ovvero a rendere il più possibile personali e personalizzate le risposte che attivano.

Massimo
Campedelli