

CONVEGNO

D.LGS.229/1999 LEGGE 328/2000 : RIFORMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI E TUTELA DEL WELFARE, MODELLI A CONFRONTO

**16 GIUGNO 2005
VILLA MANIN DI PASSARIANO, UDINE**

Intervento del dott. Ezio Beltrame, Assessore alla Salute e Protezione sociale Regione Friuli Venezia Giulia

Ringrazio il Presidente di Federsanità Anci FVG, dott. Napoli, per la collaborazione prestata nell'organizzazione di questo importante convegno e ringrazio l'on. Rosy Bindi per l'apprezzamento che ha rivolto ad alcuni atti legislativi recenti ma, soprattutto, perché ha colto nel segno la questione fondamentale, quando ha dichiarato che "la legge regionale 23 ha saputo andare oltre, perché ha avuto il coraggio di inserirsi negli equilibri istituzionali e di entrare nei meccanismi di potere". Infatti, siamo riusciti a modificare qualcosa proprio nel processo decisionale.

La legge 328 e il decreto 229 sono provvedimenti che rivestono ancora una straordinaria attualità e concretezza e pertanto, come regioni, dobbiamo operare per realizzare quanto previsto e, se possibile, andare anche oltre. Non possiamo solo recepire queste due norme di indirizzo, ma dobbiamo sforzarci di cercare l'assetto istituzionale più idoneo per garantire servizi efficienti alla persona.

Nessuno mette in discussione che il servizio sociale sia di competenza dei comuni. Non è una opzione questa su cui discutere, perché i comuni hanno la titolarità assoluta della gestione del sociale, mentre la sanità fa riferimento alle regioni. E' ancora attuale la seguente domanda: è possibile creare una programmazione attuativa e una forte integrazione tra la Regione e le sue Aziende sanitarie e i Comuni, associati nei Distretti/Ambiti, senza che queste due istituzioni decidano insieme le grandi strategie? La risposta che avevamo dato in passato come FEDERSANITA' ANCI FVG e che ora do anche come assessore regionale è sempre la stessa: certamente no, non è possibile fare programmazione e integrazione a livello territoriale se non si decidono insieme le grandi linee di indirizzo. E allora, ecco il compito della "Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria regionale", presieduta dall'amico Vittorino Boem; ecco il suo ruolo strategico fondamentale e in quest'ottica la L.R.23/2004 e tutta una serie di provvedimenti attuativi che sono stati conseguenti a questa linea di indirizzo. Si tratta, quindi, di decidere insieme la strategia, perché credo che nella nostra Regione l'assetto istituzionale sia ormai chiaro e definito in tre livelli:

- il primo rappresentato dalla Regione e dalla Conferenza permanente per la concertazione sulla strategia;
- il secondo livello quello delle Aziende sanitarie e della Conferenza dei sindaci con i piani attuativi locali (PAL);
- il terzo livello rappresentato dai distretti/ambiti con i programmi delle attività territoriali (PAT) e i piani di zona (PDZ).

Questo meccanismo, una volta risolto il problema della condivisione strategica, per poter funzionare ha bisogno ancora di ulteriori interventi.

Una questione importante riguarda l'Assemblea dei Sindaci del Distretto, poiché quest'organismo, per funzionare al meglio, ha bisogno di una base giuridica più definita e più consistente dell'attuale, anche se esistono già alcune norme importanti introdotte dalla LR 23/04 e dalla delibera di Giunta regionale che fissa gli indirizzi per la stesura dei PAT e PDZ.

Per rispondere a questa esigenza è necessario conferire un chiaro potere giuridico all'Ente associato, perché ormai sulla gestione associata non si torna più indietro. Il disegno di legge di riforma dell'ordinamento delle Autonomie locali è un punto di riferimento sicuro e io sono anche favorevole ad anticiparlo con la proposta di legge di riforma del sistema integrato dei servizi sociali per la nostra Regione. Al riguardo ho verificato che tra le proposte di legge della maggioranza e dell'opposizione ci sono alcuni punti di contatto. La finalità è quella di dare una consistenza giuridica e istituzionale alle assemblee dei sindaci di distretto, così come definite dalla L.R. 49/96, quindi integrate dal direttore del distretto. L'obiettivo che sarà perseguito dalla proposta di legge sul sistema integrato dei servizi e prestazioni sociali punterà da una parte a rafforzare il governo associato delle funzioni sociali e dall'altro a prevedere nuove forme di delega "ragionata" della gestione.

Ma può questa Assemblea funzionare bene quando il direttore del distretto ha una responsabilità definita da una delega del direttore generale molto variabile? Una prima risposta a questa domanda è fornita dalle disposizioni sull'autonomia funzionale e budgetaria dei Distretti, dall'avvio dei Piani di Zona e del Programma delle Attività territoriali e dalle nuove Linee di indirizzo per la stesura dell'Atto aziendale, che definiscono in maniera chiara quali sono i compiti e le responsabilità delle direzioni strategiche e delle strutture operative.

Alla luce di questi provvedimenti, il direttore del distretto potrà sedersi nell'assemblea dei sindaci di distretto per dare il suo apporto in tema di analisi dei bisogni, di governo della domanda, di organizzazione dell'offerta e di coordinamento dei numerosi professionisti che afferiscono al servizio sanitario territoriale e che molto spesso non sono sufficientemente coinvolti in un lavoro che abbia come finalità chiari obiettivi di salute.

Con questo scopo nasce il provvedimento sull'avvio delle Unità di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) che abbiamo approvato nel mese di aprile e che credo ci fornisca un grande strumento per l'integrazione e il governo del sistema. La nostra Regione è piccola e questo, talvolta, può essere un handicap, ma in questo caso costituisce una grande opportunità.

In sintesi, nei Distretti avremo sessanta medici che fanno parte delle UCAD, con i quali abbiamo avviato un importante lavoro di contatti e formazione, che possono contribuire, insieme ai servizi sociali e ai Sindaci, a rendere più forte, solido e capillare il "governo del territorio". Si tratta di un'azione molto complessa sulla quale dobbiamo costruire insieme i passaggi fondamentali.

Come chiedono i sindacati e le forze sociali, dobbiamo fare ancora dei passi avanti sul tema dell'omogeneità territoriale dei servizi, sulla loro equità e reale accessibilità.

Dobbiamo costruire insieme gli strumenti più appropriati che permettano di fissare gli obiettivi di salute e di cittadinanza sociale, in modo chiaro e uniforme sull'intero territorio regionale, tenuto conto della necessaria variabilità nel percorso attuativo dovuto alle differenze dei vari territori.

Questi strumenti ci devono permettere di scegliere chiaramente gli obiettivi che vogliamo perseguire e che poi troveranno la loro attuazione attraverso i Piani di Zona. Cosa sono, infatti, i Piani di Zona se non una grande scelta delle priorità? Al riguardo ho illustrato in più occasioni alle Assemblee dei Sindaci che non voglio che questi Piani siano solo un bel volume utile per una pubblicazione scientifica, ma desidero che siano degli strumenti concreti in cui, sulla base dell'analisi del bisogno locale e degli obiettivi regionali, siano individuate le priorità. E' questa l'omogeneità che dobbiamo perseguire, una omogeneità in cui fissiamo insieme gli obiettivi e creiamo una organizzazione che sia leggibile, non certamente standardizzata sull'intero territorio e che ci permetta la misurazione continua dei risultati che man mano vengono raggiunti. Questo percorso ci assicura anche un grandissimo vantaggio perché tutti gli amministratori e gli operatori della regione sono impegnati nella definizione dei PDZ e dei PAT. A tal fine abbiamo creato un Gruppo di monitoraggio per la valutazione di questi strumenti che è composto da funzionari regionali, dei comuni e delle aziende. Questo gruppo è istituzionalizzato con specifici provvedimenti amministrativi (credo sia un caso unico in Italia). Sulla base di quanto emerge nei Piani di Zona, si definisce la programmazione strategica regionale, con un metodo definito di

“programmazione incrementale”, cioè attenta a quanto avviene nel territorio e ai problemi concreti, un metodo che ci permette di stare sempre con i “piedi per terra” e che mira a legare la programmazione attuativa a quella strategica. Mi auguro che i prossimi provvedimenti: la nuova legge sul welfare, il primo Piano socio sanitario integrato triennale della nostra Regione e il piano di interventi sociali, siano strumenti realizzati sulla base di questi criteri, fortemente legati ai bisogni, alle priorità e alle scelte del territorio, che abbiano una vera visione generale. Puntiamo, infatti, alla omogeneità da costruire sul campo, giorno per giorno, con tutti gli attori del sistema; proprio questa era un’altra delle grandi intuizioni della 328 e del 229, ovvero la forte volontà di coinvolgere i Sindaci anche nelle grandi decisioni in materia di sanità, cioè la necessità di far lavorare insieme un mix di attori per far funzionare al meglio l’intero sistema. Solo così può nascere l’autentico welfare di comunità.

Prendiamo atto che i bisogni di salute sono drammaticamente cambiati negli ultimi quindici - venti anni.

Al di là del dato teorico, c’è una forte diversificazione delle richieste, dei bisogni di salute e di assistenza nella nostra regione, che è particolarmente incrementata negli ultimi dieci anni. Non possiamo, pertanto, pensare di rispondere a questa differenziazione enorme dei bisogni con percorsi standardizzati.

Prendiamo atto che i servizi alla persona devono far fronte a bisogni sempre più complessi e differenziati, non governabili con risposte standardizzate, che necessitano un mix di offerta, con il riconoscimento che all’attuazione delle politiche sociali concorrono anche le organizzazioni non pubbliche.

Il mix di attori che serve per fornire la risposta adeguata al mix dei bisogni crea ulteriore complessità al sistema. Credo che dobbiamo essere consci di questo, come per altro dobbiamo essere consapevoli che per innovare dobbiamo agire non solo a livello legislativo e amministrativo, ma anche sotto il profilo gestionale e della formazione.

Mi riferisco, in particolare, al coinvolgimento dei professionisti e all’attivazione di una rete fatta di un continuo contatto quotidiano, in maniera seria, giorno per giorno. E’ proprio questo lo spirito dei provvedimenti regionali che citavo prima, fatti con la finalità di incrementare ancor di più la capacità di valorizzare le risorse locali, nel rispetto della comunità e soprattutto facendo lavorare in rete gli operatori.

Il sistema sanitario pubblico universalistico è ormai un dato di fatto perché è la stessa realtà che dimostra che questo è l’unico modo per garantire adeguatamente la salute, in maniera forte, omogenea e capillare per tutti i cittadini. Ma è altrettanto vero che dobbiamo anche essere in grado di assicurare il massimo della collaborazione a tutte le forze disponibili. Quindi, il fatto che alcuni soggetti del terzo settore vengano coinvolti anche nell’opera complessiva di concertazione, per noi è stata la conseguenza ovvia di un percorso che dobbiamo assolutamente continuare a seguire.

Di fronte ad un mix di bisogni sempre più differenziati e senza risposte standardizzabili, dobbiamo valorizzare sempre più la capacità di costruire percorsi personalizzati, budget di cura e un orientamento proattivo dei servizi.

Quando si parla di “continuità delle cure” sappiamo tutti che è un percorso difficile da costruire. Per creare la “continuità delle cure”, prima ho richiamato l’attenzione sull’ “Autonomia del Distretto” e sulla “responsabilizzazione dei medici di famiglia”. Sono numerosi i provvedimenti che abbiamo assunto con tale finalità.

Dobbiamo mettere a disposizione del territorio la possibilità di lavorare in maniera innovativa, come ad esempio la riqualificazione e lo sviluppo delle Unità di valutazione multidisciplinari (UVD) e l’equipe dell’handicap (EMDH). I dati attestano che abbiamo incrementato in maniera enorme l’attività delle UVD (oltre 18.000 UVD nel 2004, rispetto a 7.000, circa, del 1998).

Dobbiamo modificare i ruoli dell’UVD e dell’equipe multidisciplinare dell’handicap, dobbiamo farli diventare luoghi funzionali di raccordo tra più professionisti per costruire progetti per la persona.

Non intendo questi luoghi come uffici nel senso tradizionale del termine, burocratici e standardizzati. Al contrario, vorrei fortemente legare l'UVD ai progetti di Distretto, con un premio dato per gli obiettivi che si raggiungono e non per il numero di casi trattati o per la modalità delle valutazioni eseguite, altrimenti rischiamo veramente di distruggere questo strumento importante che ha valorizzato il lavoro multidisciplinare e ha dato grandi risultati nella nostra regione. Così pure va ulteriormente promosso lo sviluppo della figura del "coordinatore del caso" da abbinare allo sviluppo del nuovo ruolo del medico di famiglia e dell'assistente sociale.

Un altro punto fondamentale, nel quadro di quello che stiamo facendo sulla linea tracciata dal 229 e dalla 328 è quello delle risposte alle emergenze sociali. Abbiamo parlato di assetto istituzionale, di governo della domanda e di nuove necessità, ora parliamo delle emergenze.

Al riguardo segnalo un altro elemento importante: la grave riduzione dell'indice dei "caretaker" (il rapporto tra adulti e ultra settantacinquenni) che sta calando in maniera drastica.

Nel 2030 per ogni anziano con più di 75 anni ci saranno meno di due persone con età compresa tra 30 e 59 anni. Dei 262.000 anziani con più di 65 anni presenti in regione, circa 50.000 presentano una riduzione più o meno consistente della loro autonomia.

A tutto ciò va aggiunto l'attuale modello di assistenza in cui la residenzialità grava tantissimo. Da questa situazione è maturata l'esigenza di bloccare le nuove realizzazioni, ma parimenti anche il lavoro volto alla riqualificazione dell'offerta residenziale con la nuova classificazione delle Case di riposo per anziani e l'introduzione del Valgraf, che non è una ulteriore aggiunta burocratica, ma uno strumento per tentare di governare meglio un sistema che sino ad oggi è stato governato e monitorato in modo insufficiente.

Prima citavamo le IPAB: cosa sarebbero state sino ad oggi queste istituzioni e le altre case di riposo se non ci fosse stata la volontà degli amministratori locali di spingerle a "fare rete", dal momento che, molto spesso, erano delle istituzioni slegate dal resto della realtà territoriale dei servizi?

Il compito fondamentale del nuovo sistema di valutazione delle case di riposo non sarà quello di creare ulteriori posti, ma di capire che la vecchia classificazione tra anziani "autosufficienti" e "non autosufficienti" non esiste più, mentre invece esiste la necessità di assistenza diversificata alla quale, tra l'altro, si risponde anche con l'integrazione tra le politiche della casa, del lavoro e dei trasporti. Questo è un passo in avanti fondamentale, nel quale credo fortemente ed è un argomento che è stato affrontato prima anche dall'on. Rosy Bindi.

Un altro problema importante riguarda il Fondo per la non autosufficienza. La Regione svolge già un intervento importante sul tema della domiciliarità. Quest'anno abbiamo oltre 35.000 utenti ultra sessantacinquenni seguiti dall'ADI, una tra le percentuali più elevate in Italia, se non la più alta in assoluto. Inoltre, dai dati in nostro possesso emerge chiaro ed evidente che le famiglie che hanno avuto rapporti con i servizi pubblici, nel 70 % dei casi, ne danno un giudizio positivo e sono soddisfatte del rapporto avuto con il personale, ma comunque dichiarano che i servizi pubblici (infermiere, o assistente sociale del Comune) anche se rafforzati, come numero di ore, non sarebbero stati in grado di rispondere a tutte le loro esigenze. Questa è l'ulteriore conferma del mix di attori e di offerta che dobbiamo essere in grado di creare e anche della necessità di avere nuovi strumenti finanziari che possano permettere alle UVD e ai Distretti, con la direzione delle Assemblee dei Sindaci e del Responsabile di Distretto, di poter operare. I dati che abbiamo a disposizione sull'applicazione dell'art. 32 sono assolutamente insufficienti e sconcertanti, c'è la necessità di creare un fondo per la non autosufficienza, che pensi agli anziani ma non solo, perché tale fondo deve considerare anche il mondo della disabilità, come pure quello della salute mentale. Penso che il fondo della non autosufficienza, come illustrava prima l'on. Rosy Bindi, dovrebbe essere fortemente legato ai due pilastri, del Fondo sociale e della Famiglia. Nel momento in cui riconosciamo il ruolo fondamentale e insostituibile dei Comuni nella gestione del sociale, non possiamo, infatti, erigere di nuovo canali separati, ma individuare dei percorsi che siano fortemente ancorati al Fondo sociale, regolati attraverso accordi di programma forti, come ad esempio quelli sottoscritti per i Piani di zona. Si tratta di pensare a strumenti tesi a favorire la domiciliarità, senza

dimenticare del tutto la residenzialità, perché comunque le scelte individuali vanno rispettate. E' chiaro, però, che il fondo deve avere un chiaro indirizzo in favore della domiciliarità. Dobbiamo, pertanto, conferire a questo fondo anche una caratteristica di integrazione socio-sanitaria e trovare in esso un elemento di equilibrio tra le risorse formali dei nostri servizi e quelle informali. Credo che un fondo con queste caratteristiche possa servire per un ulteriore aiuto alla famiglia, talvolta anche troppo responsabilizzata rispetto al soggetto pubblico e possa costituire un elemento di equilibrio per il mercato del lavoro. Non è possibile, infatti, tollerare l'incompatibilità tra l'assistenza e la cura e l'occupazione lavorativa. Numerose donne sono costrette ad abbandonare il lavoro, non perché vengono licenziate, ma perché hanno il problema di un congiunto da assistere in casa. Investire sulla non autosufficienza significa, pertanto, investire sul benessere e sull'equilibrio sociale ed economico della nostra regione. Queste sono le caratteristiche fondamentali e le finalità del Fondo per la non autosufficienza dopodiché, una volta definiti gli obiettivi per raggiungere l'omogeneità di cui parlavamo prima, la gestione spetterà ai Sindaci, eventualmente anche con il concorso del Fondo Sanitario. Per quanto concerne questo argomento, concordo con il consigliere Gottardo, nel senso che il ricorso a nuova fiscalità deve avere la finalità esclusiva di finanziare servizi extra LEA.

La precarietà, che così bene l'on. Bindi aveva prima sintetizzato, è un tema che si collega fortemente alla famiglia. La nostra Regione ha emanato la L.R.10/98, con il famoso art. 32, già citato prima (assegno di cura e assistenza). Quanto è stato attuato di quella legge? Poco. Pensiamo, poi, alla L.R. 49/93, utile sì, ma anche questa legge non ha dato i risultati sperati. Le principali realizzazioni riguardano solo i trasferimenti monetari per la natalità, che sono stati un autentico buco nell'acqua. La scorsa estate ho chiesto aiuto al Consiglio regionale e ho trovato notevole consenso per chiudere questa esperienza con la fine del 2005 e utilizzare tali fondi in un altro modo. Si tratta in ogni caso di esperienze di cui dobbiamo far tesoro. Se la L.R. 49/93 e la LR. 10/98 sono state applicate solo parzialmente significa che dobbiamo stare attenti a non fare leggi che costituiscano solo occasioni per i politici per fare dei manifesti. Le leggi, invece, devono servire per dare degli strumenti concreti. Consideriamo il caso della famiglia. Dobbiamo pensare a un mix di interventi, in cui ci possa essere anche il trasferimento monetario, ma certo solo questo non è sufficiente, dobbiamo pensare ai servizi, alla consulenza, alla promozione, etc. Nella nostra regione, un grande problema per la famiglia è legato alla precarietà del lavoro. Negli ultimi due anni le statistiche ci dicono che abbiamo un contratto di lavoro precario per ogni contratto di lavoro a tempo indeterminato, con un notevole aumento dei lavori precari tra le persone comprese nella fascia di età tra i trentacinque e i cinquanta anni. Si tratta di persone che ogni due anni passano un periodo della propria vita senza lavoro. I dati diffusi recentemente dall'IRES FVG, inoltre, indicano un notevole aumento, molto preoccupante, del credito al consumo. Un ricorso al prestito fatto non per acquistare l'automobile, ma per arrivare a fine mese.

Su questa realtà si deve focalizzare la nostra attenzione e la proposta del "reddito di cittadinanza" rappresenta il tentativo di dare una risposta concreta a questo bisogno. Non penso a strumenti di stampo assistenzialista, ma di valorizzazione delle capacità individuali, che possano aumentare le occasioni lavorative. Al riguardo, nel campo della formazione, con il Fondo sociale europeo abbiamo fatto investimenti importanti. Ci sono poi tutti gli interventi economici dei Comuni che sono consistenti, gli interventi per le "nuove povertà" e per l' "abbattimento degli affitti". Tutto questo comporta, comunque, un impegno complessivo per decine di milioni di euro. Personalmente sono anche favorevole all'istituzione di un Fondo per l'infanzia, per pensare in maniera unitaria e diffusa su tutta la Regione all'abbassamento della soglia di accesso ai servizi, in particolare per i minori, a garanzia dei diritti degli stessi, che non possono rimetterci quando la famiglia si trova in difficoltà economiche. E' questo il "reddito di cittadinanza": chiamiamolo come vogliamo, ma il problema principale è quello di riuscire a mettere insieme diversi strumenti fra loro coordinati e integrati che favoriscano la sicurezza e la coesione sociale nel Friuli Venezia Giulia.

Desidero concludere dicendo che dalla 328 e dal 229 abbiamo imparato molto, abbiamo capito, innanzitutto, che i due sistemi se vogliono lavorare insieme devono prendere insieme le

decisioni importanti e che non basta recepire le novità, ma bisogna anche capirle e procedere oltre, rischiando, se serve, sul piano dell'innovazione. Se ciò comporta rischi, sono disposto a correrli e a lavorare nella maniera più sinergica e concertata possibile.

La nostra volontà è quella di andare avanti in questa direzione. Per questo serve unitarietà da parte dell'intero sistema e di tutte le forze politiche.

Buona giornata e grazie a tutti voi.