

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

Rosy Bindi, onorevole.

“Desidero ringraziare Federsanità non solo per l’invito a questo importante convegno, ma soprattutto per il lavoro svolto in questi anni: siete infatti un interlocutore istituzionale molto importante e autorevole per i Governi nazionali, regionali e locali per i quali avete anche rappresentato una continuità culturale.

Vorrei subito rispondere alla provocazione del presidente Napoli (sui temi e i valori trasversali) con una osservazione: in una democrazia dell’alternanza i governi cambiano ma guai se ogni volta dovessimo rimettere in discussione gli elementi fondamentali alla base delle istituzioni che abbiamo costruito. Non penso solo alle grandi costruzioni istituzionali, ma anche alla scuola, alla sanità e a tanti altri punti di riferimento che danno certezze alla vita quotidiana delle famiglie. Ritengo, pertanto, che vada riconosciuto il giusto merito a chi costituisce un riferimento continuo per le persone e le famiglie. Sentire lo stesso linguaggio da una persona di appartenenza politica diversa dalla mia è dunque una garanzia che il nostro Paese sta diventando un Paese “normale”...dove anche quando cambiando le maggioranze di governo non vengono stravolti i principi fondamentali della convivenza. Al riguardo FEDERSANITA’ ANCI è un’isola felice; è infatti riuscita a riunire soggetti e istituzioni diversi che insieme costituiscono la garanzia di un Paese che ancora tiene...

Per il futuro che cosa possiamo aspettarci ? Credo che se facciamo crescere la consapevolezza attorno ad alcuni valori fondamentali alla base della nostra convivenza possiamo essere sereni che, al di là delle maggioranze di governo il Paese, non si farà espropriare di alcune conquiste che lo hanno reso più forte perché in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini. Guardiamo al futuro partendo da due provvedimenti normativi, frutto di una precisa fase politica cui corrispondono precise scelte. Ringrazio i promotori del convegno che, con questa iniziativa, dimostrano di ritenere che il sia Decreto legislativo 229/1999 che la Legge 328/2000 possano costituire un punto di riferimento importante oggi come per il futuro. Si tratta di due riforme nate da un intenso lavoro parlamentare e che sono state approvate da un’ampia maggioranza, con una larghissima condivisione anche della Conferenza Stato- Regioni, della Conferenza unificata, e di tutte le organizzazioni sindacali. In questo cammino di elaborazione legislativa, FEDERSANITA’ ANCI ha offerto un contributo fondamentale, fin dalle fasi preliminari. Ricordo il convegno di Palmanova del 1997, promosso da FEDERSANITA’ ANCI FVG (ancora disponibili gli atti), come una delle numerose iniziative che prepararono le riforme.

Questi due provvedimenti sono animati dalla volontà riformatrice di avviare la creazione di un vero e proprio “sistema” di politiche sociali nel nostro Paese. Si avvertiva l’urgenza di costruire, accanto al Servizio Sanitario Nazionale, anche un maturo e solido Sistema per le Politiche sociali che fino a quel momento erano considerate la “Cenerentola” del sistema di Welfare nel nostro Paese. Questo non significa che non ci fossero già delle realizzazioni importanti in alcune regioni come in Friuli Venezia Giulia, Veneto, Lombardia, Emilia Romagna, Toscana. Ma, come ben sapete, chi descriveva il sistema del Welfare italiano prima del 2000 faceva molta fatica a intravederne il pilastro. Il nostro sistema di Welfare era abbastanza forte nella scuola, nella sanità e nel sistema previdenziale, ma molto debole nel sistema integrato dei servizi alla persona e alla famiglia. La preoccupazione che ha mosso i due processi riformatori è stata, pertanto, la volontà di far nascere nel nostro Paese un vero e proprio sistema delle politiche sociali.

Questi due processi, sui quali il direttore Oleari potrebbe portare una testimonianza diretta in quanto all’epoca era direttore generale del Ministero della sanità, erano mossi proprio da questa preoccupazione: realizzare un sistema integrato di politiche sociali nel nostro Paese e attribuirgli la dignità di pilastro del sistema del Welfare. Mancavano i finanziamenti e soprattutto non c’era ancora una organica visione nazionale di cosa significasse una politica in grado di integrarsi con un sistema sanitario che a sua volta si ripensava alla ricerca di un partner.

I due sistemi, quello disegnato nel decreto legislativo 229 e quello delineato dalla 328, sono dunque nati per integrarsi e dialogare tra loro anche con un linguaggio comune. Integrazione perseguita non solo dai legislatori, ma dal Parlamento stesso e dagli interlocutori sociali e istituzionali, e concepita attraverso quattro percorsi integrativi : la programmazione, il finanziamento, le istituzioni e le professioni. Guai a dimenticare anche uno solo di questi elementi e a non cogliere la loro organicità di integrazione. Laddove si è lavorato ispirandosi a questo processo riformatore nazionale si è stati molto attenti a non dimenticare tutti e quattro i percorsi. Non a caso, ho citato il Friuli Venezia Giulia nel mio libro (*) come un esempio di un sistema avanzato da questo punto di vista.

Tra queste due riforme e il presente, si colloca la riforma della Costituzione, ovvero il nuovo Titolo V, troppo spesso preso a pretesto da alcune regioni per non applicare le riforme di cui oggi discutiamo. Non si è trattato soltanto di una volontà politica, obiettivamente più forte di riformare la sanità e apparentemente meno determinata per la riforma delle politiche sociali. Nonostante i tentativi di stravolgimento il 229, salvo la norma del pensionamento dei medici e degli universitari, è ancora oggi valido. E’ stata modificata la norma sull’esclusività di rapporto di lavoro per i medici del Ssn, ma l’impianto legislativo generale ha retto, così come quello della 328. Si tratta, infatti, di due leggi che pur essendo state approvate prima della riforma del Titolo V sono assolutamente coerenti con una prospettiva di autentico federalismo. In particolare il 229, dove il ricorso alla tecnica delle “norme cedevoli” permette alle Regioni, se non vogliono fare riferimento al dettaglio della norma specifica di regolare, ad esempio, il Distretto anche in modo diverso. La riforma sanitaria del ‘99 è concepita infatti per non creare conflitti tra le due legislazioni.

Ma il nuovo Titolo V non è stato ancora pienamente applicato. Sarebbe opportuno verificare perché, nonché la possibile coesistenza con le normative di settore. Mi

riferisco in particolare al Sistema delle Autonomie che è sempre il “grande dimenticato”. E’ sempre viva, infatti, la tentazione di passare dal “centralismo statale” al “centralismo regionale” che rende paradossalmente più complicata anche l’applicazione del principio della Sussidiarietà, la grande innovazione del Titolo V.

Questo principio entra per la prima volta nella nostra Costituzione e chiama in causa non solo i rapporti tra istituzioni, ma le stesse responsabilità della società, ad esempio con il trasferimento delle risorse del Fondo sociale agli Enti locali. Non si può parlare di sussidiarietà se non si trasferiscono anche le risorse. “Sussidiare” significa appunto accompagnare alle grandi responsabilità presenti nelle istituzioni e nella società anche grandi risorse. Allora, in attesa della Devolution, che non tutti vogliono, cominciamo ad applicare il Titolo V, che dichiara con chiarezza che spetta allo Stato centrale, in via esclusiva, definire con chiarezza i LEA - Livelli Essenziali di Assistenza. Scriviamo, allora, i Lea e offriamo così un elemento di certezza per i cittadini. Per ben quattro Finanziarie abbiamo visto che il Fondo sociale sarebbe divenuto indistinto e non avrebbe più finanziato i singoli capitoli delle politiche sociali perché si aspettavano i LEA e in questo modo si sarebbero rispettate correttamente le responsabilità delle Regioni di decidere come e quali progetti finanziare. Nel frattempo, però, è sparito anche il Fondo sociale perché non ci sono i criteri con i quali distribuirlo.

Spetta quindi alle Regioni definire i LEA e, sempre alle Regioni, competono le responsabilità del modello organizzativo, gestionale e programmatico, mentre gli Enti locali hanno la responsabilità di gestire dei servizi, soprattutto quelli che riguardano la 328, con la possibilità di realizzare l’integrazione tra i due sistemi, sanitario e sociale, coerentemente con il nuovo Titolo V e come avete bene delineato con la vostra legge regionale (ndr. L.R. N.23 del 2004, anche la L.R. 8 del 2001 (?)). Il provvedimento rende, infatti, obbligatorio che tra i livelli istituzionali ci sia vera integrazione - ciascun Ente diventa titolare di funzioni - e chiama in causa le rispettive responsabilità. Credo si sarebbe fatta molta meno fatica ad attuare le riforme piuttosto che mantenere la confusione tra i diversi piani di responsabilità come purtroppo è invece avvenuto in alcuni casi: si sono state spese molte risorse ed energie per inventare qualcosa di diverso...

Alcune Regioni, invece, hanno proseguito con successo il percorso tracciato dalle Riforme, come in Friuli Venezia Giulia, Toscana, Emilia Romagna e Veneto, anche partendo da differenti esperienze. Al riguardo riconosco che la Legge 328 si è ispirata al Friuli Venezia Giulia e il Decreto 229 al Veneto. Per quale motivo invece la Lombardia si è impegnata così tanto a rompere quei percorsi integrativi che funzionavano così bene pur in assenza di politiche nazionali ?

A livello regionale, seppur “macchia di leopardo” la 328 è stata realizzata grazie agli Enti locali, ai Comuni, anche nel silenzio indifferente di alcune Regioni. E grazie a queste esperienze locali, oggi c’è un terreno fertile comunque più sul quale ricominciare. In altre Regioni, invece, tali risultati non si sono prodotti perché l’impegno si è rivolto altrove. Non c’è solo il problema del Sud, che è un problema serio. Troppo spesso dimentichiamo che l’Italia è divisa in due, per tanti motivi, non solo nelle infrastrutture e nell’economia, ma soprattutto nella risposta alla domanda di salute e nella tutela dei diritti delle persone, ma di questo aspetto si discute molto meno... In questo caso però non mi riferisco solo al Meridione. Penso anche ad altre Regioni che hanno incontrato notevoli problemi come il Piemonte, le Marche o la

Basilicata. Abbandonare il binario di queste due riforme non era solo, infatti, un problema di maggioranze politiche, significava soprattutto abbandonare un percorso di trent'anni. E' inutile nascondersi dietro un dito: la prospettiva e i contenuti della Legge 328 erano presenti già nella Legge 833 del '78, anche se ne mancava l'esplicitazione. Si sarebbe potuto anche sostituire il legislatore nazionale e fare, come è avvenuto in alcune Regioni, il cammino verso l'integrazione sociale e sanitaria. Non si può nascondere, infatti, che il punto di riferimento culturale del 229 e della 328 è stato la Riforma della 833.

Sono contenta di essere in Friuli, e non è certo un caso. Il Friuli ha adottato recentemente dei provvedimenti che, a mio avviso, rappresentano un'applicazione intelligente delle due riforme. Siete riusciti ad andare oltre il 229 e mi auguro che questa vostra esperienza possa costituire un esempio e un punto di riferimento anche per altre realtà regionali. La recente legge regionale del Friuli Venezia Giulia (ndr. L.R. 23/2004) ha saputo andare oltre perché ha avuto il coraggio di inserirsi negli equilibri istituzionali. E' questo il punto fondamentale: entrare nei "meccanismi del potere". Gli operatori, i Comuni, le Conferenze dei Sindaci, sanno bene cosa significa fare un "Piano di zona". Il problema nasce quando si vuole passare dalla buona volontà delle proposte avanzate dagli operatori e dalle associazioni di volontariato e dalla visione illuminata di qualche sindaco ad un assetto organico per l'intero territorio regionale. Si richiede un chiaro, organico, trasparente e nuovo rapporto tra i poteri, ovvero tra le Regioni, gli Enti locali e le Aziende. E' poi necessario integrare le professioni, realizzare percorsi formativi unificati, e qui entrano in gioco altri poteri quali l'istituzione universitaria e i rapporti tra le professioni. Questa nuova impostazione implica un cambiamento profondo di mentalità da parte degli stessi professionisti; al centro del sistema non c'è più il medico, l'infermiere, lo psicologo, o l'operatore della riabilitazione, bensì la PERSONA e le figure professionali si integrano tra loro come si integrano i Piani di zona. Non sono necessarie solo figure professionali nuove, ma professionisti che sappiano integrarsi in maniera diversa e anche la formazione universitaria deve svolgere la sua parte. Tale processo non deve essere fonte di un nuovo "malessere della medicina", bensì fonte di una nuova collocazione di alcune professioni nella società di oggi che restituisca quell'autorevolezza e reale prestigio sociale, che hanno sempre avuto, ma che negli ultimi tempi si sono in parte incrinati...Il futuro passa anche attraverso questa rivisitazione, un nuovo modo di concepirsi come professionista rispetto alla domanda.

Sono, pertanto, grata al Friuli Venezia Giulia per aver guardato più avanti andanti, così come ha fatto la Toscana che ha tentato una nuova esperienza con le "Società per la salute" (bene lo sa Mengozzi che è stato uno dei promotori). Al riguardo ribadisco in questa sede una perplessità che ho già rivolto ai Sindaci interessati : "State attenti che questo non sia un nuovo modo per farvi governare il territorio e non l'ospedale!" (è questo il rischio del binomio "società della salute – area vasta" senza però il governo della rete ospedaliera). L'obiettivo prioritario del 229 e della 328 è quello di far valere il ruolo dei sindaci non solo per la rete dei servizi territoriali e gli "ospedali di zona", che si devono integrare con i servizi socio-sanitari del Distretto, ma anche sull'azienda ospedaliera universitaria di riferimento, in modo da incidere realmente sui centri di potere consolidati. Per questo è in atto una sperimentazione, se è vera si vedrà se i miei dubbi sono fondati, oppure no. Sono sempre molto perplessa nei confronti di tutti quei modelli organizzativi che rompono

l'integrazione, che non la facilitano e non la sostengono a tutti i livelli e creano, di conseguenza, una fonte di inefficacia e uno spreco di risorse. Il vero responsabile dello spreco delle risorse è, infatti, il cattivo assetto dei poteri.

Oggi, però, tutto questo non basta più. I sistemi della Salute e del Welfare non vivono se non si realizza una riforma del Welfare ancora più grande che vada oltre i due sottosistemi. Va affrontato il problema fondamentale del welfare europeo, ovvero dell'Europa del Sud (non dei Paesi scandinavi), che è quello di aver legato in modo automatico i sistemi di sicurezza sociale alle politiche del lavoro. Dobbiamo, allora, prendere a paradigma la 328 e il 229 per rompere questo rapporto perché *la salute è un bene della persona, non del lavoratore*. Ci sono alcuni diritti sociali che non possono più dipendere dalla natura del rapporto di lavoro. Se non si fa così, i due sistemi non vivono e prima o poi si scontrano con alcuni nodi fondamentali. Pensiamo alla maternità per il lavoratore precario che non è riconosciuta, mentre dovrebbe essere un diritto di tutte le donne. Io sono per la flessibilità dei rapporti di lavoro, ma non voglio la precarizzazione dei diritti perché sono convinta che a lungo andare rende impossibile un crescita economica vera, stabile e duratura.

Bisogna, invece, affrancare alcuni diritti dal condizionamento del rapporto di lavoro e queste due leggi non bastano, perché risentono comunque da quella impostazione generale. Così come vanno affrontate le due grandi emergenze del nostro Paese, l'invecchiamento della popolazione (andamento demografico complessivo) e la carenza di una politica familiare organica. E' vero che la 328 comprende sia il tema della non autosufficienza che la politica per la famiglia, ma per garantire reali tutele non bastano due articoli che dipendono pur sempre dalle risorse previste dalle leggi finanziarie...

Sono, pertanto, indispensabili due pilastri autonomi per la non autosufficienza e le politiche per la famiglia che tengano conto dei cicli economici, dell'andamento della ricchezza e del reddito di una popolazione. Nè si può continuare a ignorare il problema della povertà. Un condizionamento molto forte per il sistema sociale, perché chi è povero non ha eguale accesso ai servizi ed è anche in questo senso che va affrontata la questione meridionale. Ho visto che il presidente Illy ha lanciato una proposta in materia di risorse per la salute. Anche i fondi integrativi del servizio sanitario nazionale sono previsti nel 229, sia territoriali che di categoria, ma il loro presupposto è che i LEA vengano finanziati per tutti, anche per le Regioni che non possono permetterseli. Per questo abbiamo chiesto interventi strutturali per il Mezzogiorno, non è basta correggere la quota capitarla come vorrebbe il Ministro - altrimenti le regioni del Sud continueranno a pagare il debito delle persone che vanno a curarsi nel Nord, con il risultato di non correggere né il debito né le carenze dei servizi sanitari e socio assistenziali. Gli squilibri vanno superati con interventi speciali, strutturali, anche centralizzati.

Come si vede, ci sono molti temi da affrontare e mettere a fuoco, e c'è da lavorare per tutti. Sono certa che Voi, come avete fatto in questi ultimi anni, continuerete a dare il vostro originale contributo a rafforzare le scelte di solidarietà, di giustizia sociale e di tutela dei diritti di cittadinanza, ancora oggi valide".

* *Rosy Bindi, La salute impaziente, prefazione di Romano Prodi, 2005, Jaca Book editore.*