

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**

Pier Natale Mengozzi, Vicepresidente Vicario FederSanità ANCI - Presidente FederSanità ANCI Toscana

Quando FederSanità ANCI FVG ci ha comunicato l'intenzione di organizzare questo convegno a livello nazionale abbiamo subito apprezzato il tema scelto e, nello stesso tempo, l'idea di ripartire da una regione che in realtà non è mai stata ferma. Ripartiamo in un modo più organico e con un percorso abbastanza chiaro e certo. Al riguardo mi sono documentato sulla legislazione regionale recente e ricordo che ho partecipato anch'io al convegno del 1997, a Palmanova, richiamato dal Presidente Napoli, che ha costituito un'importante occasione di approfondimento. Relativamente alle ultime leggi, in particolare la L.R.23/'04, ho apprezzato l'impostazione che condivido.

Intendo fare alcune considerazioni, cercando di collegare quello che hanno rappresentato i due provvedimenti al centro del convegno odierno all'epoca e da allora a oggi e come siano riusciti a seguirli nel loro divenire in questo paese e, credetemi, non è stato assolutamente facile. Il problema non è tanto quante sono le Conferenze di programmazione attivate in Italia, che sono poche, bensì cosa significa attivare la Conferenza. Tale scelta da parte delle Regioni vuol dire, infatti, che si accetta l'idea del confronto e della concertazione e, in sostanza, che si riconosce ad un altro soggetto statutale, ovvero i Comuni, pari dignità istituzionale del livello regionale, vuol dire, inoltre, che le istituzioni una volta che si sono accordate sulle "linee di approdo", ritornano ognuna nei propri ambiti di competenza: la Regione programma e gli Enti locali, che hanno contribuito a quella programmazione, attuano sul territorio le parti di loro competenza. Questo significa che i due soggetti istituzionali, insieme, si confrontano con il resto del mondo sociale. Per quanto riguarda l'esperienza del Friuli Venezia Giulia, pur consapevole delle diversità regionali, farei un unico appunto alla L.R.23/'04, rispetto alla L.R. 8/'03, perchè introduce nella Conferenza l'intervento di altri soggetti, oltre quelli istituzionali, sebbene senza diritto di voto. Dico questo per il ruolo politico della Conferenza, ma mi rendo conto che le Regioni sono diverse, come pure i processi di maturazione, non esprimo, pertanto, un giudizio negativo, ma solo un'avvertenza generale, perchè preferirei che una volta che gli Enti locali e la Regione hanno stabilito qual è il percorso verso cui vogliono andare, solo dopo si confrontino con tutti gli altri soggetti, ognuno con le rispettive responsabilità, al fine di fare sistema. Una cosa è, infatti, la programmazione, un'altra la concertazione, un'altra ancora la progettazione dei servizi e potrebbe diventare problematica la presenza, al momento della programmazione, di alcune rappresentanze di quei soggetti che, poi, saranno i detentori dell'esercizio dei servizi. E questa è la mia preoccupazione, anche se limitata in questa regione, perchè il Friuli Venezia Giulia non è grande, ha una sua forte autonomia e un buon controllo "politico" del sistema regionale, per cui qui non ci saranno problemi, ma in altre regioni un'operazione come questa potrebbe, invece, portare gravi difficoltà. Il fatto che le Conferenze regionali in Italia siano ad oggi solo sette conta poco, il vero problema è quale cultura c'è attorno al tema del welfare e in che modo i diversi soggetti istituzionali, responsabili sul piano politico, o sul piano più strettamente operativo, si raccordano e si rapportano tra loro. Pertanto, se la Conferenza permanente non viene attivata perchè si teme il confronto, allora chi governa quelle regioni non è degno di governare, perchè la politica è soprattutto confronto. Se non viene attivata perchè viene considerata un impiccio per chi governa, ovvero un ostacolo rispetto al Consiglio, anche questo è

pericoloso, anche se meno della prima ipotesi. Se, poi, non viene attivata perché la si considera inutile, questo dimostra “miopia politica”. Dove, invece, la Conferenza esiste bisogna stare attenti che non sia solo un “pro forma”, nel senso che qualcuno potrebbe pensare “ora che l’ho costituita non la faccio lavorare”, invece qui in Friuli Venezia Giulia, sebbene con una diversa composizione, tale organismo funziona e concordo con l’assessore Veardo che ha esortato : “tenetevela cara”. Io vengo dalla Toscana dove la Conferenza esiste da prima del D.Lgs 229/99 e devo dire che ha avuto alti e bassi, perché questi dipendono anche da chi governa, ovvero dalla persona, piuttosto che dalla maggioranza e da chi ci crede più, o meno, nonché dalla situazione stessa del governo, o delle politiche per la Sanità, oppure dalle politiche sociali, in un determinato momento e in una determinata Regione. Sono molteplici, pertanto, i fattori che possono interagire e la battaglia - anche in Toscana - è stata abbastanza altalenante. Questo per dire che esiste una grande varietà di situazioni e nella tavola rotonda del pomeriggio approfondiremo meglio le valutazioni sui diversi sistemi socio-sanitari regionali. Ma ciò che mi interessa di più è capire se tutti abbiamo l’esatta percezione, almeno in termini generali, di cosa significhi sostituire le parole Sanità e Socio-sanitario con il termine Salute, altrimenti questo continua ad essere solo un vuoto esercizio intellettuale. Tale innovazione, invece, comporta di mettere in discussione tutto, in primo luogo se stessi come soggetto politico, o professionista, sindacalista, presidente di cooperativa sociale, o associazione, per porre, poi, al centro della discussione il rapporto tra quello che si fa ogni giorno e il suo riscontro nei confronti dei cittadini e della realizzazione dei diritti. E’ questo il punto: la salute va intesa come l’insieme delle situazioni, sia quelle istituzionali del Paese, che quelle del territorio organizzato, che si uniscono per produrre un risultato sinergico mirato a dare servizi, non in senso generico, ma quei servizi che i diversi soggetti hanno concordato giusti, necessari e dovuti ai cittadini. In sintesi, quei servizi per i quali, in precedenza, è stato elaborato e verificato il Profilo di salute di un determinato territorio e si è cercato di capire, sul piano epidemiologico, quali sono le esigenze reali, le priorità, nonché le risorse disponibili per rispondere a quei bisogni in termini di presenze e aiuti e su quello poi, si costruiscono i Piani di zona per il sociale e i Piani attuativi locali per le Aziende sanitarie e si valuta se si può procedere verso i Piani per la Salute, comprensivi di tutti i diversi aspetti, come accennava anche l’assessore Veardo, ovvero i problemi dell’abitare, del lavoro, dell’urbanistica, dell’ambiente, etc. La Salute diventa quindi, in questo modo, la scelta prioritaria per gli amministratori locali, più importante dei marciapiedi, delle strade e di tutto il resto e tutte le realizzazioni dell’Amministrazione dovrebbero essere finalizzate agli obiettivi di risposta di salute concordati. Quindi, anche i Piani regolatori dovrebbero essere costruiti in questo modo e, ad esempio, stabilire preventivamente le funzioni da svolgere. Se, poi, un grande architetto come Renzo Piano o un qualsiasi altro architetto, progettano un aeroporto in un’isola giapponese od altra difficile collocazione, questi dovrebbero essere sollecitati dagli stessi amministratori locali a partecipare, insieme a tutti gli altri soggetti, all’interno dei Piani strutturali degli Enti locali, ad un Piano regolatore generale attraverso il quale si costruiscono i progetti e le realizzazioni sulla base degli obiettivi di salute che si intendono conseguire. Questo, se lavoriamo bene, comporta anche un notevole risparmio, dal punto di vista economico, perché la mobilità, i rapporti e i collegamenti realizzati con determinate caratteristiche, consentono di liberare risorse che possono essere utilizzate meglio.

Un altro tema importante da approfondire è quello di verificare qual è il cambiamento sociale in atto nel nostro Paese. Ne parlerà qualcun altro dopo di me, ma la questione del notevole invecchiamento della popolazione italiana va affrontata seriamente. Al riguardo posso portare la mia esperienza di amministratore pubblico in un piccolissimo Comune, di seicento persone, dove la media degli ultra sessantacinquenni è passata, in poco tempo dal 33.4% al 38.9% e secondo questo trend e i tassi di natalità le proiezioni indicano che nei prossimi anni si arriverà al 45%, ovvero nel caso del mio Comune questo significa 280 -300 ultra sessantacinquenni. Più in generale ciò comporta che avrò un paese di “vecchi”, devo, pertanto, modulare la pianificazione dei servizi sulla base delle loro esigenze. Per cui in considerazione del rapporto tra le risorse scarse, o inesistenti, e il

costo dei servizi diversi che devo garantire, o trovo altre risorse, o nuovi modelli, oppure invento qualcosa, altrimenti non riuscirò a soddisfare i bisogni di questa “nuova leva” e questo è un tema comune alla grande città, come al piccolo ente locale e in alcune realtà è più pesante, a seconda del contesto urbano, socio-economico, del disagio giovanile, etc. E a chi spetta la lettura del cambiamento sociale del territorio se non ai sindaci? Il Sindaco si assume a proprio carico la salute dei propri cittadini, non solo per la sua competenza su determinate materie (TSO etc.), ma soprattutto contribuendo ai percorsi di programmazione sanitaria e socio-sanitaria e alla determinazione delle scelte per il suo territorio.

Il terzo punto del mio intervento riguarda la coesione sociale. Anche su questo ci accorgiamo che il 229 e la 328, anche se a distanza di qualche tempo, nella parte relativa all'integrazione socio-sanitaria, questo problema se lo ponevano già allora. Purtroppo - al di là degli strumenti disponibili a livello nazionale - rispetto ai servizi noi diamo, nella generalità, ancora una lettura legata ai soli cinque grandi settori dell'alta integrazione sociale e sanitaria: gli anziani, la disabilità, i minori, la salute mentale e le dipendenze, che normalmente sono affrontati solo per parti. Non c'è un rapporto connesso tra la Sanità e il Sociale, non c'è la presa in carico integrale ed integrata della persona, ma solo la risposta del singolo professionista alla sua parte del percorso di quella persona. Questo è l'esatto contrario di un percorso di coesione incentrato sulla centralità della persona e oltretutto anche questo porta... al risparmio. Nel nostro Paese oggi le risorse scarseggiano: chi non ottimizza l'impiego delle risorse è colpevole.

La quarta riflessione è che il 229 e la 328 nascono come provvedimenti legislativi di livello nazionale, successivamente viene emanato il Titolo V, prima ancora il 112 e poi il 119, si creano, così, oltre a qualche confusione, anche alcuni problemi, quali, ad esempio, la legittimazione regionale ad essere il soggetto dell'organizzazione, in sanità specialmente, perché nel sociale i Comuni hanno la responsabilità amministrativa per il settore socio-sanitario e questa è riconosciuta legittimamente. Ricordo, poi, che il Governo centrale che ha prodotto i LEA non ha ancora emanato i LIVEAS e al riguardo ci sono sul tappeto le proposte delle Regioni e dell'ANCI, ma siamo ancora fermi al punto di partenza e non si fa un passo avanti.... Ci troviamo, pertanto, in una situazione stranissima per cui la competenza statale - che riguarda anche l'attribuzione delle risorse per la copertura dei bisogni essenziali in materia di Sanità - è molto “stiracchiata” nelle applicazioni regionali e anche nei LEA, sui quali esiste una grande flessibilità applicativa (in qualche realtà sono “possibili”, in altre “uniformi”, “essenziali”, o “minimi”) che non sancisce il diritto nazionale ai livelli essenziali... Sui LIVEAS, invece, non si fa nulla. E allora come fa un povero sindaco a programmare nel Piano di Zona se non ha chiarezza su ciò che è coperto dai LEA e ciò che è coperto dai LIVEAS? Come è possibile produrre una programmazione unitaria? Questo significa che stiamo facendo tutti delle programmazioni false, “artate” e dove c'è la capacità di governo, come in Friuli Venezia Giulia e in altre Regioni, si riesce anche a limitare il danno, ma dove, invece, questa capacità non c'è nel migliore dei casi i Piani di Zona diventano la sommatoria delle proposte progettuali fatte dai soggetti del terzo settore e del volontariato. Dove, invece, non esiste né il volontariato, né il terzo settore, come in molta parte del Paese, allora si procede con le convenzioni dirette fatte dalla Giunta regionale con i privati che sul territorio offrono servizi. Questa è la fotografia attuale e anche qui si crea uno spreco di risorse incredibili. Il 229 e la 328 questi problemi se li ponevano e davano indicazioni precise. Quando lavorammo tutti insieme sul significato di Distretto, sulle modalità di attuazione dell'integrazione e via discorrendo, avevamo ben chiaro l'obiettivo e quando si lavorò in forma concertata sulla 328, ne uscì l'art. 1 che volutamente dichiara: “la Repubblica assicura” e questo è un principio costituzionale. Poi, nel momento in cui i due provvedimenti arrivano al livello regionale per essere attuati trovano realtà differenti, per cui laddove ci sono la continuità ideale e l'impostazione culturale orientate in quel senso, con le norme e le leggi regionali si realizzano quelle assicurazioni e quei diritti, laddove, invece, non ci sono aumentano le differenze, salta il concetto di equità... E l'Italia è un Paese molto

diverso. Ritengo, pertanto, che il 229 e la 328, anche se dovranno, in qualche modo, essere rivisti - qualche Regione li ha adottati e qualcun'altra no, altre ancora li hanno attuati in mille modi diversi - contengono dei principi fondamentali relativi ai diritti di cittadinanza delle persone che dovrebbero essere obbliganti per tutti. Successivamente le formule organizzative potranno essere proprie di ogni singola regione, a seconda della popolazione, delle potenzialità, degli orientamenti e dell'appropriatezza degli interventi, etc. Quindi, la formula organizzativa è giusto che sia concertata al livello regionale, ma i principi fondamentali sono necessari e costituiscono dei riferimenti importanti, perché altrimenti corriamo il rischio di avere solo un grande mosaico poco decifrabile che poi, a livello centrale, riprodurrebbe il grande quesito di come organizzare queste differenziazioni. Al riguardo credo che un ruolo significativo spetti agli assessori regionali e so che stanno organizzando un grande incontro sui temi relativi al Sud. Ritengo, inoltre, che ci dovrebbe essere un unico assessore regionale alla Sanità e al Sociale, come in Friuli Venezia Giulia e in poche altre Regioni, perché non si può disperdere un'idea per ragioni di mera ripartizione politica.... Il sistema sanitario e socio-sanitario dovrebbero essere, infatti, una di quelle realtà che per principio stanno insieme perché è questo l'unico modo di governarli compiutamente.

In materia di Fondo sociale nazionale, poi, è stato dato un segnale per cui le risorse rimangono inalterate e verranno distribuite una prima parte nella misura del 50%, mentre il rimanente verrà dato a consuntivo, ma come faranno i Comuni ad assicurare i servizi? Perché una realtà come Codroipo, ad esempio, può vivere con le sue risorse, ma non è lo stesso per i Comuni di piccole dimensioni come il mio, di 568 abitanti, dove, in pratica, il bilancio sociale deriva essenzialmente dalla ripartizione del Fondo sociale nazionale e dalle risorse regionali. Per cui se devo garantire l'assistenza ad un anziano nella RSA rischio di compromettere il bilancio dell'intera amministrazione e non solo del settore sociale, per cui questa promessa di "acconto" del Fondo sociale è un fatto grave.

Torniamo così all'attualità, ai temi del vero Federalismo, delle responsabilità degli Enti locali e di tutte le istituzioni a livello regionale e locale, nonché delle rispettive possibilità di azione, quali la capacità impositiva, le scelte responsabili dell'amministrare bene e tutte le battaglie che facciamo, da anni ormai, non per contare di più, ma per realizzare al nostro livello un concetto corretto della sussidiarietà, che va intesa dal basso verso l'alto, e non viceversa. Il che significa che si assume a livello verticale la responsabilità politica e a livello orizzontale la possibilità di concertazione tra i soggetti del territorio. Questo è possibile solo se si può contare sulle risorse necessarie, fin dal primo momento della programmazione, invece finché vivremo in questa situazione di "finanze derivata", la sanità sarà ugualmente garantita dalla fiscalità dei cittadini italiani - almeno finché esisterà l'IRAP e il sociale rappresenterà, al contrario, il "parente povero". Pertanto, pensare di fare salute, come binomio di sanità e socio-sanitario insieme, con un parente "non ricco, ma abbastanza garantito" e uno davvero povero, diventa un'impresa molto ardua.

Concludo dicendo che ritengo che la programmazione e la pianificazione, come sistema di rapporti tra i soggetti della responsabilità e l'autonomia, nella possibilità, anche finanziaria, di compiere le scelte necessarie, costituiscono l'elemento comune alla Regione e agli Enti locali per poter rispondere davvero ai bisogni dei propri cittadini.

CONCLUSIONI

Pier Natale Mengozzi, Vicepresidente Vicario FederSanità ANCI

Dieci anni fa un gruppo di persone inventò un'associazione: FederSanità ANCI, che nacque molto presuntuosa nei suoi propositi e che scommetteva molto su se stessa.

Ho riflettuto molto su questo, mettere insieme Aziende sanitarie e Conferenze dei Sindaci, tramite i Direttori generali e i Sindaci per seguire le politiche sanitarie e socio-sanitarie in questo Paese era, in quei giorni, un'aberrazione, ma era anche strumentale perché con il 502/'92 e il 517/'93, dopo l'eliminazione dei vecchi Comitati di gestione, in un solo momento, i Comuni sono stati estromessi dalla Sanità. E' stato questo il motivo per cui abbiamo lavorato guardando avanti e abbiamo così inventato, ce ne siamo resi conto dopo, una sorta di para sindacato, che non era né il sindacato dei direttori e neppure quello dei sindaci, ma un soggetto che tutelava le buone ragioni degli uni e degli altri entro un nuovo processo. Questo ci ha consentito di seguire le molteplici vicende che si sono susseguite da allora in poi e questa mattina l'on. Rosy Bindi ce ne ha dato atto...C'è un altro fatto che merita almeno un breve accenno, forse l'on. Bindi non l'ha detto per non soffermarsi troppo a lungo sul percorso da lei voluto, ovvero che il decreto 229 lo abbiamo costruito insieme, intendo dire tutti i soggetti coinvolti, ben quarantotto elementi riuniti, al di là appartenenze, nella Commissione costituita dal Ministero (c'era anche il direttore Oleari, che ha lavorato per mesi con noi alla ricerca dei possibili punti di equilibrio). Il 229 può piacere, o no, è uscito per esempio senza le aberrazioni che si temeva inizialmente, perché erano notevoli le pressioni di alcune professioni e lobby, dato che qualcuno pensava che quello potesse essere lo strumento legislativo utile per risolvere i problemi contrattuali di molte persone. Ci sono stati anche questi passaggi, ma poi abbiamo, via, via sfronato, sino ad arrivare al risultato finale sul quale ognuno è libero di esprimere il proprio giudizio. Medesimo ragionamento vale, poi, per la 328. Mentre con il 229 abbiamo lavorato molto con il Governo, con la 328, il tavolo era, invece, con il Parlamento. Si è trattato, pertanto, di due azioni diverse, differente è stato anche il processo nei suoi percorsi e tipologia di rapporti, per la 328 non è stata costituita una Commissione mista del Ministero, ma il nostro rapporto era con la Commissione XII della Camera e XII del Senato. Insieme a noi - rappresentanti dei Comuni - lavoravano i rappresentanti dei medici, dei sindacati, delle cooperative sociali, il volontariato e tutta l'incredibile sequela di sigle presenti in questo mondo, che agiscono e interagiscono, basti pensare ai quarantasei sindacati della sanità...Il risultato è quello di cui abbiamo discusso questa mattina, nel pomeriggio, poi, abbiamo ascoltato alcune delle linee applicative, o delle intenzioni applicative, di quei provvedimenti e credo che abbiamo notato che esistono differenze sostanziali. Non esprimo certo un giudizio sui diversi avanzamenti legislativi in atto. Ripeto che ogni Regione legittimamente legge il suo territorio, i suoi bisogni e i suoi interessi e dà le conseguenti risposte, in termini di autonomia e responsabilità organizzativa.

Il tavolo di questo pomeriggio è un tavolo che ha un suo parallelo con quanto fatto nella mattina. Io posso rappresentare la Toscana e, da un punto di vista diverso, la dottoressa La Falce, che per le sue funzioni esprime una sensibilità nazionale, per la sua provenienza: è romana, volendo, avrebbe potuto raccontarci qualcosa di quello che è successo negli anni recenti nella regione Lazio. Siamo tutti accomunati dalla confusione e da qualche tentativo, qua e là. Iniziative della Basilicata, negli ultimi anni la Calabria, un fermo ormai di dieci anni in Sicilia (ricordo che la L.R. 22, sulle politiche sociali, era una delle leggi più avanzate, in questo settore, ma non è stata mai applicata, in nessuna parte) e in questo periodo si sono succeduti ben cinque tipi di governi regionali di ogni colore...La realtà nel nostro Paese è questa. Per tali motivi quanto i relatori ci hanno illustrato oggi è ancor più stimolante perché costituisce un utile elemento di riflessione per cui ognuno di noi può raccogliere e verificare ciò che è stato detto in ordine al suo vissuto e capire meglio dove opera, contestualizzando le indicazioni emerse e, sebbene provenendo da esperienze diverse, può valutarne la trasferibilità.

Al riguardo ritengo che potremmo trarre numerose indicazioni utili, ma che, però, sia necessaria, innanzitutto, la condivisione di un'idea di fondo.

Cerco di entrare nel merito e, se possibile, tentare anche qualche risposta.

Credo che il concetto del superamento delle parole sanità e socio-assistenziale sia ormai un concetto acquisito, non è invece ugualmente acquisita la risposta organizzativa più adeguata per realizzare tale superamento, perché ognuno la considera a modo suo e trova le sue ricette. Però il fatto che non si possa più discutere in maniera distinta di questi due settori mi pare che sia ormai un presupposto comune. E' chiaro che poi le applicazioni sono molto diversificate, possiamo passare dalla libera interpretazione di qualche regione che, invece, di unificare, inglobare, o razionalizzare, inventa una legge per ogni titolo compreso nei due settori e da ciò deriva la proliferazione in mille leggi che, anche se messe una accanto all'altra, non riescono a costituire un elemento organico. E poi c'è anche chi ha la pretesa di fare un Piano sanitario, o un Piano sociale unico, nonostante le mille leggi legate alle mille situazioni. Ci sono anche regioni che hanno lavorato su leggi unitarie, oppure hanno fatto piani integrati, altre che si sono messe in testa, come punto di arrivo, di fare un piano unico. Tutto ciò fa parte di un percorso di confronto, di discussione, di rapporto con le associazioni, le rappresentanze e quant'altro e quando si entra nel merito emergono, purtroppo, ancora le necessità individuali, o di gruppo, che se accolte in maniera errata rischiano di far saltare il modello ideale e le sensibilità, anche rispetto anche al momento in cui le richieste vengono avanzate. In prossimità del periodo elettorale, ad esempio, è più facile far saltare i modelli e dare specifiche risposte di settore...Nel dibattito del pomeriggio e della mattina abbiamo parlato del Titolo V e della modifica costituzionale, ma nessuno, né della maggioranza attuale, né dell'opposizione nel Paese, o nella Regione, è intervenuto sul processo di devoluzione che è in atto, non tanto per il punto in cui è arrivato, quanto per le conseguenze che esso può recare con sé...Perché proprio leggendo gli effetti di quella predisposizione legislativa probabilmente molte delle riflessioni che abbiamo fatto oggi salterebbero. Anche a questo riguardo non esprimo un giudizio di merito, dico solo che se tale processo andasse in porto così come è scritto dovremmo, forse, rimettere mano ad alcune delle cose che abbiamo fatto, o che stiamo facendo. Credo, per esempio, che alcuni elementi di forte centralizzazione governativa che, comunque, sono prassi ricorrente anche in questi giorni, non reggerebbero dal punto di vista legislativo, o per lo meno si metterebbero in discussione. Ritengo, inoltre, che (mi spiace non ci sia l'assessore Beltrame), il Coordinamento degli assessori alla Sanità, e l'analogo organismo per le politiche sociali, che hanno la possibilità di auto organizzarsi e addirittura stanno proponendo un coordinamento più specifico tra le regioni del Sud, probabilmente di fronte a quel progetto di legge più avanzato, avrebbero maggiori difficoltà a capire la situazione attuale e le prospettive. Pertanto, sarebbe forse opportuno fermarsi per comprendere dove siamo e cosa possiamo fare, ferma restando la legittimità di ogni regione di auto organizzarsi.

Ho ascoltato con interesse i due consiglieri regionali del Friuli Venezia Giulia, Gottardo e Lupieri, che, ovviamente, hanno punti di vista differenti rispetto alle soluzioni da proporre. In entrambi i casi si tratta di un livello di discussione avanzato e più va avanti più si crea il baratro con chi non ha nulla. E questo è un problema non perché in Friuli non si debba andare avanti, ma perché qualcuno dovrà porsi, prima o poi, il quesito sul distacco tra chi è molto avanti e chi non si è neppure mosso, perché questo riguarda l'intero Paese e bisognerà anche individuare un tavolo attorno al quale discutere di questi temi. Non sono preoccupato tanto dello slogan dei venti sistemi sanitari, o sociali, come elemento pubblicitario che rappresenta la situazione, lo uso anch'io qualche volta nei convegni, ma mi riferisco alla realtà, ovvero alla grande diversificazione tra cittadini, all'avanzare dell'ineguaglianza sociale, alla carenza, per qualcuno dei diritti di fondamentali di cittadinanza e per qualcun altro, alla iper garanzia, oltre il garantibile. Si tratta, quindi, della carenza assoluta di equità in questo Paese e bisognerà pure trovare il momento per fermarsi e stabilire qual è il livello da garantire..

Parto da questo punto per ripercorrere gli interventi che mi hanno preceduto, perché quando Mariella La Falce ci pone il problema dei LEA e dei LIVEAS il suo ragionamento non fa una grinza sul piano procedurale, ma bisogna, secondo me, capire se stiamo discutendo delle realizzazioni,

oppure di quello che si sta facendo. I fatti i LEA sono stati definiti, i LIVEAS invece no. Ci sono, poi, le proposte delle Regioni e dell'ANCI, ma è ancora tutto fermo e c'è, comunque, la necessità di avere delle indicazioni precise perché, come amministratori ed operatori, dobbiamo pianificare, fare i Piani di Zona ed intervenire sui programmi attuativi locali delle Aziende. Al riguardo qualcuno ha anche detto "definiamo i nostri livelli regionali", ma dal punto di vista legislativo questo non è possibile, si tratterebbe, pertanto, di una forzatura politica...Su questi temi c'è anche chi ci informa che il Ministero del Welfare ha da sette mesi nel cassetto il progetto dei Livelli Essenziali delle Prestazioni e, ancorché non ufficializzato, lo sta facendo girare...Ma questi sono uno strumento completamente diverso dai Livelli Essenziali di Assistenza, perché mentre le prestazioni sono legate a ciò che si garantisce ai cittadini e che si decide di dare, i LEA rappresentano, invece, ciò che è giusto dare ed è molto diverso perché i primi riguardano la compatibilità economica, mentre i secondi la garanzia di un diritto e solo dopo questa individuazione si dovranno trovare le risorse per assicurarlo...Questo cambia lo stesso sistema di governo regionale, di reperimento delle risorse, nonché le modalità di finanziamento. Un altro problema è rappresentato da qualunque governo che ritenga che la gestione di questi temi competa al Ministero dell'Economia e non piuttosto al Ministero di riferimento (Salute o Politiche sociali), indipendentemente da chi governa, perché è opportuno che vi sia corrispondenza tra il soggetto istituzionale che organizza e governa il soddisfacimento del diritto. Il compito del Ministero delle Finanze è, invece, quello di reperire, in maniera corretta e coerente e in rapporto collegiale con la compagine di governo, le risorse utili per soddisfare i diritti. La linea politica del Governo dovrebbe essere, pertanto, quella dei diritti, non delle risorse che limitano i diritti e questo è un punto fondamentale, anche a livello regionale, di Comuni e Aziende sanitarie perché rischia di mettere in crisi qualunque tipo di discussione, definizione di leggi, o di piani.

Come FederSanità ANCI notiamo che la discussione è in atto tra direttori generali e Comuni, un po' in tutte le Regioni, abbiamo direttori generali più disponibili, quelli delle Aziende territoriali, mentre per le Aziende ospedaliere la questione è, ovviamente, un po' diversa perché queste vivono di "finanza derivata" portata dalle prestazioni. Sul territorio il direttore generale sigla un patto con l'Assessore, o con la Giunta, o con il Presidente e questo si basa su un rapporto di fiducia, da cui conseguono un contratto e degli obiettivi ai quali deve attenersi. Ma gli obiettivi che il direttore firma sono coerenti con l'esercizio della funzione che ha nel territorio nei confronti dei cittadini che amministra, nonché del rapporto con gli amministratori locali di quel territorio ? E' questo un altro problema. E poi ancora, ha senso che il direttore generale entri in conflitto con i sindaci, o con la Conferenza dei sindaci, perché non ha la potestà di fare qualcosa oltre all'impegno che ha firmato, oppure oltre le risorse che la Regione gli dà, quando invece le istanze del territorio, quelle sociali, chiedono, magari, servizi diversi e a livello territoriale c'è consenso su queste esigenze ? Ma questo è un altro problema... Pertanto, proprio a partire dalla Conferenza per la programmazione regionale, è necessario che quando si individuano i livelli di possibile risposta, i punti di arrivo, nonché i parametri di riferimento per la programmazione, si tenga conto anche della praticabilità da parte delle aziende rispetto al soddisfacimento di quel percorso. Che senso ha che qualcuno decida e un soggetto diverso esegua, che i contratti per il personale, ad esempio, si facciano a livello di ARAN, con le rappresentanze delle Regioni tramite i direttori generali del Dipartimento, come il qui presente dottor Rossi per l'Emilia Romagna e poi, invece, la gestione di questi contratti spetti ai direttori generali delle Aziende sanitarie che non hanno mai partecipato alla gestione delle trattative ma sono un organo "monocratico" all'interno dell'Azienda, nonché responsabili legali di questo processo applicativo ? Si tratta di un'altra questione che dobbiamo cominciare a porci. Ovviamente la sanità è regionale e questo è, pertanto, un problema che devono risolvere le regioni, però è un problema che va risolto, altrimenti si rischia la rottura. Allora ha senso che ci siano situazioni per cui la dinamica economica del Fondo sanitario regionale è talmente parcellizzata - l'esatto contrario di quanto dicevo prima - per cui al di là delle indicazioni fornite ai direttori generali, poi, questi non sono sottoposti ad alcun controllo rispetto alle loro scelte e

vengono mandati via solo per “errori” rispetto agli obiettivi di bilancio. Siamo al completo sbando....

Ho ascoltato con interesse quanto illustrato dai relatori e mi rendo conto che esistono potenzialità reali di ripresa in materia di governo strutturato di questi processi. Bisogna, però, capire come li organizziamo.

Il signor Bettoli, della cooperazione sociale, ha svolto alcune riflessioni e poi ha detto una parola magica: “appalti”. Nell’intervento svolto questa mattina ho fatto una affermazione della quale l’assessore Beltrame ha colto bene il tono, mi riferisco alla composizione della Conferenza per la programmazione regionale: ho detto che ritengo improprio che alla compagine di quell’organismo partecipi anche la cooperazione sociale e l’amico delle cooperative mi ha dato ragione. Siccome io sono d’accordo con lui che nel momento in cui si chiama qualcuno a partecipare alla coprogettazione non puoi far scattare la gara al massimo ribasso perché crei una condizione che non ha senso, perché dopo aver costruito insieme un progetto, successivamente lo metti a bando e, magari, vince una cooperativa che di quel progetto non ne sa niente, mentre invece chi l’ha ideato non lo gestisce...Quindi, vanno trovati meccanismi che risolvano queste contraddizioni e in alcune regioni italiane si sono identificati, magari aumentando il peso della qualità del progetto, della qualità professionale, della qualità della formazione dei soggetti che appartengono alle cooperative e dando, invece, meno peso al valore economico. In questo modo, ferma restando la gara, si è avvicinata almeno un po’ la possibilità di dare risposte, però questo non è ancora sufficiente di per sé, perché se si porta un soggetto all’interno del sistema, allora bisogna farlo sentire parte di quel sistema e a maggior ragione, poiché la Legge 328 assegna agli Enti locali l’obbligo dell’accreditamento e come faccio a fare l’accreditamento se non ho gli elementi per poterlo costruire? Tutto il processo andrebbe collegato anche con la gestione delle figure professionali e della qualità dei soggetti, perché per accreditare una determinata realtà devo sapere che essa dispone di quella determinata figura, quella modalità di operare, quella qualità di struttura, etc.e confrontarla con la programmazione regionale. Se faccio tutte queste operazioni so che quando ho un progetto da realizzare ho di fronte a me tutta una serie di soggetti pronti per quella realizzazione, non qualcuno che non conosco e che, magari dopo sei mesi devo mandare via perché mi accorgo che non ha i requisiti idonei e che produce servizi insufficienti. Ma questa è un’operazione immane, di grande responsabilità e bene si collega con quanto illustrato questa mattina, ovvero che non c’è più spazio nei servizi integrati, così come intesi dalla 328, per una gestione che non sia associata. Ci possono essere piccoli pezzi di piccole situazioni locali di qualche Comune che risorse utilizzabili che gli altri non hanno, ma la gran parte dei servizi bisogna garantirla in forma associata, attivando processi di accreditamento seri e offrendo al soggetto che insieme all’istituzione locale coprogetta i servizi la sponda chiara e certa che una volta fatto il progetto sarà lui che poi lo gestisce. E questa è una risposta che noi diamo alla cooperazione sociale. Allora, a maggior ragione, è utile per tutti che non ci sia commistione, perché una cosa è programmare, ed è politica, una progettare, ed è competenza tecnica, un’altra ancora concertare, ed è questo lo spazio che riguarda le forze sociali. Anche su questo punto sono d’accordo con il rappresentante della cooperazione sociale che non bisogna confonderla con il mondo generale del terzo settore, perché il volontariato è un’altra cosa, così come lo sono i sindacati... In questo Paese, infatti, corriamo il rischio di avere un volontariato che, per una serie di artifici, col tempo diventa impresa sociale, come lo sono le cooperative sociali, quando invece non dovrebbe essere possibile. Questo perché il volontariato è un dono di sé, nel momento in cui quel dono diventa organizzato, con l’attivazione di cooperative interne alle associazioni di volontariato per poter partecipare alle gare e per dare servizi allora si trasforma in una competitività sbagliata, che mortifica il mercato e lo può anche inquinare.

E’ chiaro che va compiuto un grande salto di qualità da parte di tutti i soggetti e delle istituzioni per attivare un percorso di formazione che sia all’altezza dei bisogni, ma c’è anche un problema di reperimento delle risorse umane all’altezza dei bisogni. e così ritorniamo al tema di prima, le figure professionali, secondo l’art.12 della legge 328 queste sono di competenza

nazionale. Nel sociale, per esempio, esistono troppe figure professionali diverse, tante per ogni singola regione: e pensiamo che le gare, quelle di un certo livello, oltre i duecentomila euro, sono aperte all'Europa pensate in che pasticcio ci siamo infilati, non abbiamo unitarietà di professioni sociali. E mentre dobbiamo fare delle gare aperte al mondo intero, compresa l'Europa, corriamo il rischio che vinca un soggetto di un altro Paese che, magari, ha solo una, o al massimo due, delle professioni sociali richieste da una determinata regione. Non riusciamo ad avere delle professioni sociali a livello nazionale, come ANCI, UNCEM, UPI e FEDERSANITA' ANCI un anno fa abbiamo promosso due convegni nel corso dei quali abbiamo approfondito alcuni di questi temi, è emersa la proposta di avere solo tre, o quattro professioni sociali, uguali nei principi e valide a livello nazionale e poi anche altre legate alle specificità, ma sempre riconducibili alla fonte e assimilabili con i filoni principali. Ma tutto è ancora fermo, nessuno ci ha ancora risposto e questo, a mio avviso, è un grande problema.

Sono partito dagli ultimi interventi per ricostruire l'intero percorso sviluppato oggi. Riguardo la tavola rotonda del pomeriggio l'esperienza dell'Emilia Romagna testimonia di un forte livello di controllo sociale del territorio e dei rapporti tra istituzioni, nonché una forte condivisione tra regione ed enti locali sui processi da attuare. Abbiamo visto prima che in quel contesto si possono permettere anche la ridondanza di qualche ufficio in più perché sanno che riescono a controllarlo, e poi la realizzazione dei Piani di Salute, il coinvolgimento delle Province etc. Ma in altre realtà questo ragionamento potrebbe scatenare, invece, una situazione ingovernabile. Mentre qui c'è l'elemento della diversificazione, la razionalizzazione assoluta, una forte omogeneità, che in questo caso è positiva, al di là delle appartenenze, nonché un rapporto diretto tra gli obiettivi e programmi e i risultati conseguiti. Quali sono i risultati? Innanzitutto la disponibilità dei servizi da parte dei cittadini in Emilia Romagna, come in Toscana, Veneto e Friuli Venezia Giulia. Tali servizi sono gratuiti oppure a pagamento? Il fatto di garantire i servizi induce a sforamenti dei bilanci, oppure si riesce a mantenere l'equilibrio? Sono queste le domande fondamentali. Sarebbe troppo facile fare l'elenco di ciò che serve, bisogna anche elencare gli elementi di supporto per garantire quelle condizioni. Oggi ci troviamo in una situazione caratterizzata da tentativi sperimentali da parte di molte regioni, come il Veneto, ad esempio, che ha ormai una struttura consolidata per questi processi ed è stata la prima regione ad istituire il direttore sociale, come uomo della quaterna aziendale.

C'è, poi, la Toscana che sta sperimentando le "Società della Salute" e, quindi, il governo dei Sindaci. Al riguardo la Giunta di governo delle Società per la salute comprende il direttore generale dell'Azienda, come rappresentante dell'assessore e i sindaci di riferimento che, insieme, governano e decidono gli obiettivi, i punti di arrivo della sanità territoriale. In tale contesto i rapporti con gli ospedali sono regolati da accordi di programma, in una logica di compravendita dei servizi e non esiste la separazione tra aziende ospedaliere e territorio. Al riguardo, richiamo le preoccupazioni espresse dall'on. Bindi questa mattina, che condivido. In particolare, in questa regione il sistema socio-sanitario è così composto: gli ospedali nel territorio (di primo livello); le aziende ospedaliere per le acuzie, (secondo e terzo livello); l'"area vasta", composta da tutte le aziende di quell'area, alla quale compete la programmazione dei servizi ospedalieri, ovvero quanto rimane tra ciò che non si fa sul territorio e quello che si fa a livello ospedaliero. Il tutto è regolato da accordi di programma, per cui si decide quali servizi e prestazioni acquistare e, conseguentemente, si paga quanto acquistato. Si tratta, evidentemente, di un esperimento, bisogna capire dove porta, però è un esperimento che si appoggia sull'area vasta, su un'unica centrale per l'acquisizione di beni e servizi, sull'abbattimento dei troppi magazzini centrali dei farmaci, o del materiale sanitario e, in generale, su un lavoro che cerca di liberare risorse per dare servizi. E' decisamente stimolante e la sperimentazione dimostrerà quali risultati è in grado di produrre..

Nella regione Calabria, invece, un Piano sanitario che comprende ancora la descrizione pedissequa, punto per punto, dei posti letto. Ci troviamo, pertanto, di fronte da una parte a Unità operative, primariati, con ventiquattro, trentasei, quarantadue posti letto e dall'altra a Unità operative che, "per grazia divina", hanno un primario, un coadiutore, tre assistenti, un caposala,

cinque infermieri e un posto letto! E questo è intangibile, perché è scritto sulla carta, è legge, non frutto di una delibera, cito questo esempio per far capire che sono ben altri i precorsi che hanno portato a questi risultati, qui la politica sanitaria non c'entra nulla, sono altri i percorsi e le risposte offerte a domande che niente hanno a che fare con una buona sanità.

Credo, allora, che il tentativo che si sta facendo in Friuli Venezia Giulia sia molto interessante e ci sono anche le condizioni ottimali per portarlo avanti. Tra queste in primo luogo la scelta fatta nel 1997, di uscire dal Fondo sanitario nazionale, che fu una scelta di grande responsabilità che, però, dal punto di vista politico ha liberato dalle decisioni, perché consente di fare ciò che altri non possono. Questo è, a mio avviso, un fatto molto positivo perché è la Regione che risponde delle sue scelte e questo comporta anche maggiori responsabilità. Un'altra condizione riguarda il territorio che ha le dimensioni giuste perché non troppo esteso e dal punto di vista ambientale non è caratterizzato da grandi disagi, diversamente dalle regioni montuose, ad esempio, rispetto ai collegamenti ... Il fatto, poi, che si vada verso un tentativo di ricondurre a unità il Piano socio-sanitario e socio-sanitario integrato, potrebbe essere un compito molto arduo ma ritengo che l'obiettivo dell'integrazione vada perseguito con decisione. Il fatto che sul piano generale, attualmente si stanno riconsiderando le leggi applicative delle leggi nazionali, di autoorganizzazione, in modo che siano più attente alla distribuzione dei servizi rispetto ai bisogni che emergono all'interno della Conferenza della Programmazione Sanitaria, sociale e socio-sanitaria regionale è un ulteriore buon percorso. Ho, poi, apprezzato gli intereventi dei due consiglieri regionali, Molinaro e Lupieri, dai quali ho rilevato similitudini e differenze tra l'attuale opposizione (ex maggioranza) e l'attuale maggioranza (ex opposizione), onestamente devo dire che c'è qualche differenza sostanziale, ma non sul piano del processo e del risultato, caso mai esiste un problema culturale nell'approccio ad alcune questioni. Quando, per esempio, il consigliere Molinaro parla del "reddito di cittadinanza" è chiaro che, culturalmente, non sono d'accordo, si tratta di un'opzione politica e su questo c'è, chiaramente, divisione. Ritengo che per la genesi stessa dei servizi socio-assistenziali non debba esistere, neanche larvamente, la possibilità di monetizzare un servizio, ancorché parzialmente, perché questo significherebbe rinunciare al ruolo di governo. Come istituzione pubblica devo, infatti, garantire il servizio. Posso erogare anche un contributo monetario, come fa qualche regione, ma questo deve essere vincolato ai soli soggetti accreditati dai quali è possibile rifornirsi e obbligatoriamente solo da quelli, pena il mancato rimborso. In questo modo si crea un sistema che, comunque, è sotto il controllo della struttura pubblica. Quando, poi, il consigliere Gottardo fa una riflessione sulla sussidiarietà, anch'io la intendo sia in modo orizzontale, che verticale, ma sono meno convinto della sua interpretazione sulla priorità fra le due. Perché se la sussidiarietà orizzontale prevale su quella verticale, secondo la logica che facciamo fare tutto a chi è in grado di farlo, il cittadino, o la famiglia per conto proprio, oppure, comunque, le strutture sociali del territorio, l'istituzione pubblica interviene solo "quando non", questo dal punto di vista lessicale funziona, ma dal punto di vista politico no perché bisogna aggiungere l'obbligo di restare all'interno di una programmazione pubblica, altrimenti emerge l'autoreferenzialità, per cui laddove il pubblico è forte si vince e si garantiscono servizi di qualità, se invece è debole corriamo il rischio di dare servizi non adeguati e non ce lo possiamo permettere.

Al riguardo richiamo un esempio di cui si parla poco, mi riferisco all'operazione fatta dalla regione Lombardia che ha portato alla separazione tra pubblico/privato e al libero accesso alle strutture private: credo che basti chiedere ai vostri colleghi di quella regione per sapere che il risultato è stato lo sfioramento del bilancio. Li avevamo avvisati, perché non si può pensare che il cittadino vada a comprare servizi e prestazioni sanitarie dove vuole, perché dopo uno, o tre anni, il sistema non reggerà più e, per conseguenza, la condizione si è capovolta. Siccome il sistema sanitario della Lombardia ha sfondato i limiti del bilancio è condizionato al punto che addirittura le prescrizioni di spesa arrivano direttamente tramite veline dell'assessorato regionale. E' questa l'aberrazione cui è giunto quello che era uno dei migliori sistemi sanitari del Paese.

Credo, quindi, che la verticalità della sussidiarietà ha senso se è l'Ente locale che, partendo dal basso, rappresenta i bisogni reali dei cittadini e ne risponde da solo tramite la concertazione

orizzontale con i soggetti presenti sul territorio e, quando questa non regge, sale di un grado, sempre più in alto. E' quanto ha fatto la Regione Veneto. Anche qui c'è una realtà politica molto attenta al rapporto con il privato, ma da sempre maggiormente attenta alla centralità della persona, persona alla quale ha garantito servizi di qualità, ancorché con modalità differenti rispetto ad altre regioni. In Friuli Venezia Giulia, a mio avviso, le principali differenze tra le due impostazioni sono quelle che ho elencato, insieme a qualche punto di attacco preciso su alcune questioni. Il consigliere Molinaro prima ha dichiarato: "partiamo dalla famiglia", posso essere d'accordo anche se, culturalmente, preferisco parlare di "famiglie", ma non cambia nulla, partiamo sì da questa struttura sociale, ma all'interno di una valutazione generale, non facciamo la legge sulla famiglia e, poi, colleghiamola ad altre leggi, o provvedimenti di natura generale. Diversamente, infatti, può darsi che all'inizio non cambi nulla, ma quando si tratterà di scegliere che cosa finanziare, emergerà l'opzione tra le differenti opportunità e allora quello che diceva il consigliere Lupieri sul tema delle risorse date a livello di Fondo indistinto, costituirebbe una contraddizione, perché verrebbero in questo modo attribuite agli Enti locali le risorse in forma indistinta lasciando loro la responsabilità sul come destinarle, o distribuirle. Con le leggi di settore, invece, si dovrà pensare alle risorse ad esse collegate e, quindi, riemerge la contraddizione con la libertà di scelta dei Comuni perché è la regione che decide come si spende, non il sindaco di Codroipo che nella sua programmazione, insieme agli altri sindaci, valuta come destinare quelle risorse. Cambia, pertanto, il paradigma di riferimento e le responsabilità. In questo modo, poi, salterebbe anche il meccanismo stesso della sussidiarietà, a meno che non la si intenda dalla Regione al Comune, ...la sussidiarietà parte "dal basso", dal Comune, per andare verso la Regione.

La proposta che, invece, a mio avviso, è molto convincente, da parte di entrambi i consiglieri regionali è quella che riguarda le povertà come problema reale e il fondo per la non autosufficienza e su questo mi pare non esistano molte differenze rispetto all'obiettivo, ma solo un problema legato al reperimento delle risorse. Ma questo è un problema grave anche a livello nazionale. O il nostro Paese decide di mettere mano, a livello nazionale, a questo materia, o altrimenti sarà molto difficile risolverla. Con l'autonomia la Regione può attivare il Fondo, ma questo probabilmente sarà sempre più insufficiente. Forse sarà possibile reggere meglio rispetto ad altre regioni, ma non si risolve in ogni caso il problema di fondo....

Dobbiamo capire se il processo demografico che è in atto viene assunto realmente come un problema reale del Paese, ed è questo è il vero punto, al di là delle ricette che localmente si possono trovare, quali la "tassa di scopo", un incentivo sulle donazioni, il rapporto con le fondazioni, etc. Si può parlare di tutto e c'è molta gente che vede anche il business, ci sono molte contraddizioni di sistema e anche chi predica bene e razzola male...Ho visto situazioni nelle quali si difendono gli anziani, i percorsi, i progetti e allo stesso tempo, si costituiscono i fondi, come struttura, sindacati, ente e associazione, per garantire l'assicurazione.

E si realizza ciò, anche in modi molto strani, tramite cordate incredibili tra leghe delle cooperative, confcooperative (lo dico a tutte e due...) e sindacati, oppure anche sindacati, non dei lavoratori, ma delle associazioni, o delle rappresentanze professionali. Pertanto, mentre da una parte si afferma la necessità del fondo e di una risposta pubblica, dall'altro si stanno costruendo gli elementi esattamente contrari a un percorso politicamente corretto per arrivare a quella riforma. Questo perché si intravede il business, che oggettivamente c'è. Allora assistiamo a segnali del tipo: la sanità è insufficiente, con questo piccolo intervento economico vi diamo noi la differenza... Ritengo, pertanto, che qui la mano pubblica debba esercitare il ruolo importantissimo di stretta sorveglianza e controllo, nonché di grande capacità di governo dei processi e questo lo si può fare esclusivamente se c'è un'azione unitaria e comune tra i diversi soggetti istituzionali a livello regionale e a livello locale. E' chiaro, poi, che rispetto a tutto questo non possiamo pensare di eliminare il confronto con chi poi i servizi e le risposte le deve dare, ovvero gli operatori. Al riguardo non dobbiamo dimenticare che in questo settore, specialmente nella sanità, si tratta di operatori particolari, perché ben il 70% dei dipendenti del sistema sanitario sono dirigenti e di quei quarantasei sindacati di cui parlavo prima trentotto sono di figure dirigenziali. Questo di per sé dà la

dimensione della potenza della corporazione. Non è un'affermazione in termini negativi, intendo la corporazione come sistema di copertura della propria specificità. Bisogna, però, fare i conti e attivare un meccanismo per cui i soggetti delle corporazioni non lavorino solo per sé, ma più che altro per la gente. E' questa l'accezione di partenza, poi da lì si può capire anche in che modo garantire il proprio lavoro, la professione, gli interessi, gli avanzamenti e quanto altro.

C'è, poi, un problema legato alle "funzioni basse", non so se gli OSS hanno risolto il loro problema, il processo è in corso, ma non lo abbiamo ancora verificato, però ho una preoccupazione: un meccanismo contrattuale che porta sempre in avanti le persone e deve reinventarsi sempre per trovare figure da collocare nei livelli bassi alla lunga finisce che non regge più.

Personalmente rispetto molto gli assistenti sociali, sono stato tra coloro che in Toscana hanno contribuito alla prima legge, quindici anni fa, la legge regionale 25, che individuava per la figura un ruolo dirigente, ma dobbiamo essere attenti perché tutti non possono diventare dirigenti...Si diventa dirigenti per funzioni. Rispetto alla programmazione a ai piani che si stanno definendo in ogni regione, se si intravede che a livello di un piano di zona, o distretto, o di un ambito, più o meno largo, si collocano delle funzioni di governo di alcuni processi generali è chiaro che quel ruolo dovrà avere il riconoscimento di una figura dirigenziale. Questo sempre comprendendo che i dirigenti sono di diverso livello, più alto e più basso e, contestualmente, bisognerà anche far capire che solo una minima percentuale ci può arrivare.

Oggi, invece, si assiste ad una continua rincorsa al posto più elevato e questo non è più possibile. A tal fine è necessario che le strutture pubbliche si prendano in carico la formazione garantendola di un livello molto elevato.

Dobbiamo anche riconoscere che l'ECM è stata un grande fallimento. Lo dico davanti a degli esperti, ma credo che siamo in tanti a pensare che è stato sì un grande business, ma anche un grande fallimento...Pertanto, la formazione va ripensata integralmente, ma non solo per la sanità anche per le figure professionali del sociale, una volta definite, nonché per gli amministratori e i dipendenti degli Enti locali. Non possiamo, certo, pensare che soltanto la politica locale, i Sindaci, le Giunte e i Consigli siano in grado di seguire questo forte percorso di integrazione che tutti auspichiamo. Va preparato adeguatamente anche il personale degli Enti Locali perché deve comprendere come dovrà operare, le normative, le sinergie, i percorsi, gli intrecci e le motivazioni. Quando verranno definite le leggi regionali che affideranno tali processi al territorio, a questo livello dovranno trovare una struttura organizzata e adeguata al percorso da compiere. Anche questa azione va svolta in forma associata perché il piccolo Comune non può certamente organizzarsi da solo.

Dobbiamo operare per realizzare, in ogni settore di intervento riferito a queste tematiche, un governo unitario e con pari dignità istituzionale tra il sistema sanitario regionale e il sistema degli Enti locali, come elemento portante di un sistema condiviso nelle responsabilità. In Friuli V.G. ci state provando.