

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**

Roberto Molinaro, Consigliere U.D.C. Regione Friuli Venezia Giulia

Buona sera a tutti, ringrazio FEDERSANITA' ANCI FVG per l'invito.

Il punto di vista che vi esporrò tra breve sarà un po' diverso da quello dei relatori che mi hanno preceduto, perché il mio ruolo non è tecnico: credo che opportunamente FEDERSANITA' ANCI FVG abbia chiesto a due esponenti del Consiglio regionale del Friuli Venezia Giulia, uno di opposizione, che sono io, e uno di maggioranza, il collega Lupieri, di illustrare in questa sede le rispettive posizioni rispetto ai temi di questa giornata.

In primo luogo riguardo ai ragionamenti della mattina sulle motivazioni di queste due leggi fondamentali e i loro effetti sull'evoluzione del sistema Paese ritengo che l'importanza sia notevole perché rappresentano, per molti aspetti, un punto fermo. Dopo di che si potrà anche discutere su quale sia il livello di attuazione assicurato dalle Regioni, ma credo che tali leggi, in ogni caso, costituiscano un punto di non ritorno.

Dobbiamo, pertanto, partire proprio da esse per andare avanti e non credo sia possibile diversamente.

In secondo luogo, mi pare che anche gli interventi del pomeriggio, con l'evoluzione nazionale, i modelli regionali di Emilia Romagna e Veneto, su certi punti un po' avanti rispetto alla nostra regione, e lo stesso modello organizzativo del Friuli Venezia Giulia illustrato dal dottor Tosolini, ci consentano di tentare di dare una risposta alla domanda che sta dietro questa giornata: dove stiamo andando?

Anche dopo aver ascoltato l'assessore Beltrame, penso sia necessario tentare di dare una risposta anche sulle questioni di carattere generale. Certo, si possono anche elencare tutti i numerosi atti e le realizzazioni positive della fase attuale (lo dico anche come esponente dell'opposizione), ma credo che non si debba mai perdere di vista il filo rosso che collega questi interventi, anche perché ci troviamo di fronte a sistemi complessi per cui un riferimento è utile per non perdere la strada.

A mio avviso, infatti, nella nostra regione manca ancora un'analisi a 360 gradi su dove siamo. In questo settore si possono anche rincorrere facili polemiche sui singoli eventi, o vicende,

ma a dieci anni dall'avvio delle riforma con la L.R. 1/1995, manca ancora un'analisi puntuale su quello che è avvenuto nel Servizio Sanitario Regionale, soprattutto in materia di servizi socio-sanitari.

Sul versante sociale mi riferisco, invece, alla L.R. 33/1988, di quindici anni fa, che consentì un notevole salto culturale con il passaggio dall'assistenza ai servizi sociali.

Se manca, infatti, un'analisi condivisa, diventa poi più complicato anche trovare le soluzioni. Al riguardo ritengo che in questa fase, l'anno 2005, dovremmo cogliere l'occasione della prima stesura dei Piani territoriali e dei Piani di Zona, previsti dalla L.R. 23/2004, per sviluppare alcune utili riflessioni. Ricordo anche che il Friuli Venezia Giulia, dal punto di vista istituzionale, è avvantaggiato dalle scelte anticipatrici della Regione rispetto alla Legge 328/2000, in particolare per la coincidenza tra i Distretti sanitari e gli Ambiti socio-sanitari, una realtà che ormai nessuno discute. Un problema, poi, è quello di capire quali sono i risultati di salute ottenuti complessivamente, in maniera integrata, nonché la condizione reale dell'assetto della *governance*, ovvero del sistema delle responsabilità e del sistema d'offerta.

Conoscere i bisogni di salute e associare a questi le decisioni per soddisfarli è molto importante, come pure conoscere il peso delle numerose criticità del sistema dell'offerta che vanno assolutamente individuate.

E ancora, quanta integrazione abbiamo realizzato in questa Regione? E' questa una domanda che mi pongo spesso. Ma non è la sola. Quanta disomogeneità c'è in termini di risposte, quanta disuguaglianza nei confronti dei cittadini e quanta autoreferenzialità da parte delle strutture ?

Ecco, credo che queste siano tutte analisi da approfondire nel momento in cui si aprono i tavoli tecnici dei Piani di zona ai quali, per la prima volta, partecipano anche soggetti del privato sociale che non appartengono né alle Aziende sanitarie, né alle istituzioni locali.

Dato, poi, che dopo le ultime elezioni amministrative, è cambiata gran parte della guida delle amministrazioni locali, anche in questa regione vorrei capire quali sono, oggi, le reali volontà dei Comuni, in particolare rispetto a questo sistema, perché mi pare che il principio della cosiddetta "delega in bianco", da molti amministratori locali attuato in questi ultimi tempi, abbia provocato anche una certa distanza, che ora deve essere colmata rapidamente perché gli enti locali sono chiamati ad assumersi delle responsabilità, anche di carattere economico e quindi tutto diventa più complicato.

E allora proprio nel momento in cui il processo di assunzione delle decisioni si amplia, perché questo, in particolare, è l'effetto atteso della L.R. 23/2004, credo che la volontà e la *mission* che i Comuni intendono affidare a questi servizi di cui sono titolari, vada assolutamente verificata .

E' non è un problema solo dei Comuni, ma riguarda anche tutti gli attori che insieme con loro partecipano a questo processo di programmazione locale.

Su questi temi come, rappresentanti dell'attuale opposizione in Consiglio regionale, abbiamo sviluppato in questo anno e mezzo una serie di riflessioni e ragionamenti che ci hanno portato pochi giorni fa, il 31 maggio u.s., a presentare unitariamente, come Casa delle libertà, un progetto di legge quadro in materia di interventi e servizi sociali, sul quale abbiamo ferma volontà di confrontarci con quello che presenterà la maggioranza, quando e come la stessa riterrà opportuno.

Si tratta di una scelta che abbiamo fatto e che tiene conto di alcuni aspetti che dovrebbero essere patrimonio comune.

Innanzitutto il dato del contesto. Oggi ho sentito parlare molto del Titolo V e credo che in questa Regione esso non abbia costituito un elemento per non fare, perché comunque siamo andati avanti con le scelte, talvolta fino alla Corte costituzionale. Sino ad ora sulle questioni essenziali abbiamo avuto ragione, anche perché, come sapete, il Friuli Venezia Giulia ha una diretta responsabilizzazione nella spesa sanitaria, che risale al 1997. In quell'anno, infatti, uscimmo dal Fondo sanitario nazionale e siamo, pertanto, abituati a ricalibrare i bilanci della Regione in base al fabbisogno reale del settore. Questo per dire che, certamente, il Titolo V non è stato un freno.

In secondo luogo abbiamo considerato positivamente ciò che è accaduto in questi anni soprattutto in termini di legislazione, e mi riferisco ad alcune aree in particolare, come ad esempio quella della disabilità (L.R. 41/1996) o degli anziani (L.R. 10/1998). Si tratta di leggi molto importanti che, purtroppo, in parte non sono state ancora attuate, ma che al massimo richiedono qualche aggiornamento.

In terzo luogo, uno dei capisaldi di tutto il ragionamento che abbiamo fatto e che credo sia fondamentale anche per il percorso che dovremo fare, è l'integrazione; al riguardo ho apprezzato l'esperienza dell'Emilia Romagna dove tale principio è stato coniugato in maniera assolutamente significativa, con buoni fondamenti di tipo giuridico.

Rispetto a questo percorso abbiamo proposto all'attenzione una scelta precisa: noi crediamo che il nuovo "welfare di comunità" di questa Regione non si possa realizzare, affrontare e disciplinare prima di esserci dotati di una legge in materia di famiglia, che rafforzi questo soggetto sociale. Crediamo infatti che nel percorso di medio periodo che abbiamo davanti l'obiettivo prioritario sia quello di creare e favorire percorsi di presa in carico da parte della comunità dei bisogni, che devono trovare un soggetto forte nella famiglia, altrimenti non andremo da nessuna parte. Sappiamo bene, infatti, che la sfida vera non è solo quella di trovare nuove risorse, ma di saper coniugare la maggior quantità di risorse possibili, anche le risorse immateriali di cui disponiamo rispetto a questi nuovi obiettivi di cambiamento.

La scelta è per un nuovo welfare che parta, sostanzialmente, dal riconoscimento della famiglia e ne rafforzi il suo ruolo di protagonismo sociale. Ovviamente a questo dovrà seguire la nuova legge quadro per la quale, come ho detto, abbiamo già presentato la nostra proposta.

Non riuscirò qui a illustrarla in cinque minuti, ma vorrei evidenziare alcuni punti, due relativi ai principi e due relative alle priorità. Perché ? Innanzitutto perché credo che in un percorso di questo tipo i principi di riferimento siano assolutamente importanti. Il primo principio dal quale ci siamo mossi e che la legge da sola non basta, come è già stato sottolineato, la legge è solo un input, poi si tratta di capire come vengono attivati i processi.

Alla legge spetta il compito di disciplinare la realizzazione di questo sistema integrato di interventi e servizi sociali, partendo da una regola prima che è la promozione dei processi virtuosi di presa in carico da parte della comunità.

Ovviamente, ed è il secondo principio, al centro c'è il cittadino, la sua famiglia, che sceglie liberamente. Ma attenzione, all'interno dei servizi accreditati e in termini appropriati, non immaginiamo certo che la risposta sia il mercato senza alcun tipo di definizione o di regole.

Cosa sceglie il cittadino? Quelle che abbiamo chiamato "garanzie sociali". Potremmo chiamarle diritti, o come vogliamo; sostanzialmente, ciò che deve essere assicurato a tutti. Noi abbiamo messo insieme sia i livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), sia quelli che saranno i livelli di assistenza sociale (LIVEAS). In attesa che lo Stato definisca quanto di competenza ai sensi dell'articolo 117, lettera m), della Costituzione, prevediamo che la Regione possa definirli in prima istanza, anche perché un riferimento di che cosa assicurare a tutti, anche in un territorio piccolo come il nostro, è indispensabile.

Riteniamo inoltre, ed è questo il quarto principio, che la sussidiarietà orizzontale, o sociale, debba essere un principio guida soprattutto nel coinvolgimento di ulteriori soggetti, ma, contemporaneamente, vi debba essere la realizzazione di una nuova "governance", ovvero una sussidiarietà anche verticale dove all'istituzione pubblica è riservata la funzione di promotrice dei diritti e di garante degli stessi nei confronti dei cittadini.

La legge ha cinquanta articoli e comprende diverse aree d'intervento. Vi illustrerò le due priorità che sono novità rispetto alla legislazione regionale in vigore.

La prima priorità riguarda il tema della non autosufficienza che va affrontato in maniera organica in tutta la Regione, perché in Friuli Venezia Giulia la non autosufficienza grave riguarda complessivamente oltre venticinquemila persone. Il dato che più spaventa, poi, è che questa non autosufficienza è in crescita esponenziale, si parla addirittura di un quarto nel corso dei prossimi otto - dieci anni. Rispetto a questo esiste un sistema di offerta che è certamente poderoso per quanto riguarda la residenzialità, anche se quello che risulta dalle carte non è assolutamente reale perché in

questa regione non ci sono solo cinquemila posti per non autosufficienti: cinquemila sono i posti ufficiali, più altri tremila stanno nelle case di riposo classificate ufficialmente per autosufficienti.

Credo, pertanto, che anche se investissimo tutte le risorse disponibili in questo settore faremmo crescere i servizi, però probabilmente non riusciremmo a raggiungere gli obiettivi di tutela adeguati. Noi immaginiamo ci debbano essere dei processi di presa in carico assolutamente nuovi rispetto al passato, che tengano conto anche della dimensione delle comunità locali che si rendono protagoniste.

La seconda priorità riguarda le nuove povertà. Credo che non sia più una sorpresa per nessuno constatare che in Friuli Venezia Giulia quasi il 10% della popolazione è in condizioni di povertà, almeno secondo l'indagine dell'ISTAT 2002, ma io ritengo che potrebbero essere anche di più, dato che questi dati risalgono a due anni fa.

Rispetto a questo problema credo ci sia l'esigenza di andare oltre al reddito minimo di inserimento, per realizzare, invece, una serie di interventi che abbiamo immaginato come un mix tra trasferimenti monetari e servizi, soprattutto con la finalità di favorire un ritorno alla normalità, nel tempo breve, dei soggetti interessati.

Mi avvio alla conclusione evidenziando altri due punti: una novità, tra le altre, che noi proponiamo è che a livello regionale ci debba essere un unico Piano, comprensivo sia della parte sanitaria, che di quella socio-sanitaria, che socio-assistenziale. Mi pare che questa mattina l'assessore Beltrame abbia confermato questa prospettiva. In secondo luogo proponiamo che la parte di finanziamento che passa tramite la Regione debba essere incentrata essenzialmente su tre fondi: il Fondo sociale regionale, che già abbiamo opportunamente sperimentato, un unico Fondo che si occupi di tutta la parte relativa agli investimenti, raggruppando le diverse linee di spesa attualmente presenti, e un Fondo regionale per la non autosufficienza, destinato esclusivamente al finanziamento di quelli che sono i programmi locali per la non autosufficienza, che sono una parte dei singoli Piani di zona. Per questo Fondo noi prevediamo un finanziamento composta da una pluralità di risorse, tra le quali anche una quota fissa derivante da una peculiarità della nostra regione, il gettito positivo sulla gestione delle accise sulla benzina. E' questa una condizione che il Friuli Venezia Giulia ha spuntato con lo Stato negli scorsi anni e crediamo che possa essere utilizzata favorevolmente per affrontare, e possibilmente anche vincere, questa battaglia per la non autosufficienza, che non è una battaglia solo dell'oggi, ma che ci accompagnerà anche nei prossimi anni.

Grazie a tutti voi.