

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

Franco Rossi, Direttore generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia - Romagna

Prima di entrare nel merito del convegno vorrei raccontarvi due aneddoti sul tema dell'integrazione. Quando cinque anni fa oltre alla direzione generale per la Sanità dell'Emilia Romagna, mi fu affidata anche la direzione generale dell'assessorato per le politiche sociali, allora assunsi anche un altro "cappello" e venni percepito dai colleghi che già lavoravano in quel settore come l'intruso che arrivava dalla Sanità, cioè la mia funzione, inizialmente, fu letta come una "longa manus" dell'assessorato alla Sanità che voleva cominciare a mettere ordine negli affari delle politiche sociali. Più recentemente, a seguito delle elezioni regionali, l'ex assessorato alla Sanità ha cambiato nome, è diventato assessorato alle Politiche per la Salute e l'ex assessorato alle Politiche Sociali doveva diventare assessorato "alla Promozione delle Politiche per l'assistenza ai minori, agli immigrati e ai rapporti con il terzo settore". Queste due nuove denominazioni, e in particolare la seconda, hanno sollevato una significativa reazione popolare: rappresentanti di associazioni, operatori sociali e sindacati, hanno scritto alla Giunta chiedendo di ripristinare l'aggettivo "sociale" e così è stato; di conseguenza l'ex assessorato alle Politiche Sociali si chiama ora assessorato alla promozione delle politiche sociali, dell'infanzia, etc..."Richiamo questi episodi per dire che nel tema dell'integrazione c'è un elemento che si trascura spesso, ma che forse è più potente degli altri se vogliamo procedere davvero verso quell'obiettivo, ed è l'elemento culturale. Non facciamo e non faremo mai integrazione tra servizi sanitari e servizi sociali se non convinciamo gli operatori a guardare ai problemi con una diversa mentalità, ad abbandonare una cultura settoriale per abbracciare una cultura più ampia, una visione più complessiva e complessa dei problemi. Questo, secondo me, è l'ostacolo principale che abbiamo di fronte e la dice lunga anche sui tempi di lavoro che ci aspettano. Detto questo mi limiterò, semplicemente, a fornirvi qualche rapida informazione.

Per quanto riguarda i provvedimenti adottati dalla Regione Emilia Romagna elencherò i principali (vedi slide). Siamo partiti con i Piani di Zona, nel 2002, in via sperimentale, abbiamo fatto una legge di adozione della 328, nel 2003, dove, tra l'altro, abbiamo cominciato a ragionare in termini di integrazione battezzando le conferenze territoriali, che erano soltanto sanitarie, in "Conferenze sociali e sanitarie territoriali", abbiamo avviato la riforma delle IPAB, che attualmente sta procedendo. Nel 2004 la Regione ha approvato due provvedimenti, il primo riguarda un articolo della legge finanziaria regionale che ha istituito il Fondo per la non autosufficienza, sul quale tornerò dopo e il secondo è la legge 29/04 che, di fatto, ha ribadito l'impostazione del decreto 229/99, la "Riforma Bindi", per evitare sorprese e contraccolpi da parte del Governo centrale.

La L.R.29/04 ha, inoltre, potenziato le principali condizioni che militano a favore dell'integrazione, rafforzando notevolmente le competenze in materia sanitaria in capo alle Conferenze sociali e sanitarie e ai Comitati di Distretto, incluse quelle programmatiche, e attribuendo loro anche poteri nuovi, in termini di espressione di pareri o intese da raggiungere con la regione o con l'Azienda sanitaria, anche rispetto alle nomine del direttore generale della ASL o del direttore di Distretto. Questo provvedimento, tra l'altro, ha attribuito al Distretto sanitario la

dignità di livello di governo dell'Azienda, quindi a differenza del decreto 229/99 che lo considerava, invece, una semplice articolazione organizzativa dell'Azienda, con questa legge abbiamo detto che l'Azienda si articola in Distretti sanitari, cioè il governo aziendale è articolato in livelli di governo territoriali, mentre la sua struttura organizzativa fa perno sui Dipartimenti. Questo conferisce maggiore autorità al Direttore di Distretto che deve fungere da interlocutore rispetto ai Sindaci del Distretto.

L'ultimo provvedimento che stiamo costruendo è il Piano Sociale e Sanitario. Anche qui i nomi hanno un senso; ci siano rifiutati di chiamarlo Piano socio-sanitario per sottolineare un obiettivo ambizioso che è quello di mettere insieme le politiche di due settori e non, semplicemente, la programmazione delle prestazioni che riguardano un segmento particolare dell'assistenza che appartiene all'uno, o all'altro. Il Piano si basa su questa idea. L'integrazione, però rischia di essere una parola vuota se non si riesce ad articolarla e a conferirle anche una connotazione di tipo operativo. Ci siamo, quindi, orientati verso l'individuazione di tre categorie di integrazione. La prima è l'"integrazione strutturale", che individua tutte quelle aree di attività nei cui confronti o si raggiunge davvero l'integrazione tra sanità e sociale, oppure si mette a rischio l'efficacia degli interventi in favore della popolazione; si tratta, pertanto, di un' integrazione necessaria per garantire l'efficacia degli interventi. La seconda categoria di integrazione è quella di tipo "funzionale" dove, in realtà, possono sussistere interventi solo settoriali, sanitari o sociali, nel senso che i singoli interventi settoriali conservano la loro efficacia; ma la stessa efficacia potrebbe aumentare grazie ad una maggiore integrazione.

La terza categoria è quella che riguarda l'intersettorialità delle politiche, già richiamata da qualche relatore. Si tratta di un'altra area molto ampia che investe responsabilità e competenze facenti capo a molteplici settori della pubblica amministrazione e rinvia alle stesse modalità con le quali vengono assunti e concordati i processi decisionali. Le tre categorie di integrazione citate, quella strutturale, quella funzionale e quella delle politiche, necessitano di modalità e strumenti diversi e investono diversi livelli di responsabilità.

Si sono individuate inoltre diverse dimensioni dell'integrazione. Dal punto di vista della prospettiva sulla quale stiamo lavorando, sotto il profilo istituzionale il quadro dell'integrazione può essere così articolato: la Regione, anche a seguito del nuovo Statuto, ha rivisto la vecchia Conferenza Regione – Autonomie locali, trasformandola in Conferenza delle Autonomie Locali, per darsi un interlocutore ancora più autorevole. Una parte di questa conferenza, la Conferenza dei Presidenti delle Conferenze sociali e sanitarie territoriali, fa da referente, ovvero soggetto istituzionale cui si rapportano i due assessorati, alle Politiche per la Salute e alla Promozione sociale. A livello provinciale l'Azienda sanitaria si confronta con la Conferenza sociale e sanitaria territoriale dotata di competenze di tutto rilievo. (ndr. per le competenze di questi organismi vedi dettagli nelle slide). A livello di Distretto, c'è il Direttore di Distretto sanitario che ha come controparte il Comitato di Distretto e cioè i Sindaci dei Comuni presenti nel medesimo ambito territoriale.

In questo modo la linea istituzionale delle Autonomie locali, che hanno ampie competenze in materia sociale e socio-sanitaria, si sposa abbastanza bene con la linea di governo che riguarda eminentemente la sanità.

Integrazione significa anche "integrazione finanziaria" e al riguardo abbiamo scommesso sul fatto che attraverso l'individuazione di un obiettivo preciso fosse possibile vincere tutta una serie di resistenze, anche culturali, a tutt'oggi ancora presenti. Nell'articolo della legge finanziaria regionale che citavo prima, quando si è istituito il Fondo per la non autosufficienza, si è sostanzialmente disegnato anche un sistema di finanziamento del Fondo. In sintesi, tale sistema è così definito: a livello regionale il fondo si alimenta con le risorse che già il fondo sanitario regionale destina a quel tipo di servizi, insieme a quelle del fondo sociale regionale, oltre che attraverso contributi del bilancio regionale, piuttosto che attraverso ulteriori risorse che possono arrivare, in un futuro più o meno lontano, dal livello nazionale o da altri soggetti. Queste risorse vengono ripartite con destinazione vincolata e con iscrizione separata all'interno del bilancio dell'Azienda sanitaria, a livello di Distretto sanitario, perché devono andare a finanziare esclusivamente i servizi per la non

autosufficienza. La parte più interessante dell'operazione è quella che riguarda la costruzione dell'integrazione finanziaria, non soltanto a livello regionale, ma anche a livello locale, dove alle risorse per il fondo distrettuale della non autosufficienza che arrivano dal livello regionale, si devono associare anche le risorse che i Comuni, attraverso i loro bilanci, dichiarano, in sede di programmazione annuale, di voler destinare ai medesimi servizi. Quindi, a livello distrettuale, le risorse dei Comuni devono essere considerate congiuntamente alle risorse del fondo regionale per la non autosufficienza e questo pacchetto di risorse inoltre deve essere gestito in maniera unitaria tra Comitato di Distretto e Azienda USL.

Per quanto riguarda, poi, l'integrazione della programmazione anche questa procede per gradi. Stiamo lavorando ad un Piano sociale e sanitario a livello regionale; in capo alla Conferenza sociale e sanitaria territoriale si prevede la formulazione di indirizzi di programmazione sociale e sanitaria, anche qui superando l'attuale separatezza tra i provvedimenti di programmazione sanitaria e quelli relativi al coordinamento dei Piani Sociali di Zona.

A livello distrettuale a questo punto abbiamo tre strumenti di programmazione : il Piano di Zona, il Piano delle Attività Territoriali e il Piano della non autosufficienza. Stiamo lavorando per capire quale possa essere la formula, magari usando il concetto dell'area dell'elevata integrazione sociale e sanitaria", per giungere a definire un unico strumento di programmazione che contenga la sostanza dei tre strumenti previsti. Dal punto di vista organizzativo –gestionale, anche questa è una scelta effettuata con legge, abbiamo immaginato una struttura snella, denominata Ufficio, che può essere costituita attraverso una convenzione tra l'Azienda USL e i Comuni del Distretto, a norma dell'art. 30 del Testo unico degli Enti locali, ufficio che deve essere realizzato unendo le risorse degli uni e degli altri. Questo ufficio deve gestire congiuntamente le risorse del fondo e quelle rese disponibili dai Comuni.

Si ottiene quindi una gestione, effettuata da un ufficio comune, delle risorse congiuntamente considerate. L'ufficio ha le seguenti funzioni : regolazione dell'accesso, committenza nei confronti dei soggetti erogatori dei servizi e, naturalmente, il compito di garanzia della continuità assistenziale o di integrazione delle risorse. Attualmente stiamo lanciando una diffusa sperimentazione di questo modello, che ci dovrà aiutare a risolvere i notevoli problemi ancora esistenti.

Franco Rossi, Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna