

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**

Gino Tosolini, Direttore Generale Agenzia regionale della Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia.

Al fine di analizzare il modello della Regione Friuli Venezia Giulia in materia di riforma dei servizi sanitari e socio sanitari a tutela del welfare la mia relazione non si soffermerà sugli aspetti giuridico-amministrativi, ovvero sulle leggi e i decreti emanati e le attività espletate sul versante formale, bensì cercherà di cogliere quello che sta dietro, ovvero le idee e la cultura che ha ispirato anche i passaggi legislativi.

Naturalmente, dati i tempi ristretti di questa sessione mi concentrerò solo sugli aspetti essenziali del nostro modello, ovvero le quattro idee di fondo, i punti centrali.

La prima idea è che la salute non si riduce soltanto ad una efficiente erogazione dei servizi sanitari. Credo che l'uditorio che ho di fronte sappia bene cosa voglia dire questa affermazione; ricordo soltanto che i risultati di salute di una comunità dipendono dall'efficiente erogazione dei servizi sanitari solo per un 10-15% circa. Tanti altri fattori sono responsabili del risultato di salute e di benessere di un territorio e precisamente: la costituzione genetica (per un altro 10%), le condizioni ambientali e l'ecosistema generale, ovvero l'ambiente (per un 20-25%) mentre il rimanente 50% del risultato dipende dai fattori socio-economici relativi a quella comunità e territorio. È proprio questo uno dei vincoli principali con il quale dobbiamo pensare di costruire un progetto di benessere e di welfare. Chi decidesse di concentrarsi invece solo sui servizi sanitari non riuscirebbe mai ad ottenere un risultato efficace.

La seconda idea è che gli interventi calati dall'alto funzionano poco e male. Questi interventi, che nelle mie slide ho chiamato "interventi verticali", sono quelli che derivano da leggi, delibere, o decreti, che decidono anche nel dettaglio cosa debba essere fatto e come debba essere finanziato. L'esperienza internazionale è negativa su questo tipo di approccio che non ha dimostrato reale capacità di produrre mutamenti nello stato di salute di una popolazione. I policy makers non possono pertanto accontentarsi di fare leggi o decreti per garantire miglioramenti di salute e benessere alla comunità locale.

La terza idea si basa sull'evidenza crescente che i problemi sono più facili da identificare e le soluzioni si dimostrano più efficaci se si riescono a "tirar fuori" dagli stessi protagonisti del cambiamento che vogliamo realizzare. Ad esempio, non si può fare seriamente una legge sulla disabilità se non lavorando con i disabili, oppure sul miglioramento dello stato di salute di una comunità se non insieme alle persone che vivono in quella comunità e con le quali condividere alcune priorità rispetto ad altre.

L'ultima idea di fondo del nostro modello è quella di provare a spostarci dalla prospettiva di un welfare di consumatori verso un "welfare di comunità". In questi ultimi anni si è sempre di più diffusa la consuetudine di identificare i cittadini come dei semplici consumatori, non solo di beni, ma anche di servizi. In questo modo le persone assumono la valenza di clienti, destinatari di un finanziamento più, o meno virtuale, grazie al quale queste possono consumare come in un negozio, o in un supermercato della sanità, o dei servizi sociali e possono acquistare, individualmente e più o

meno virtualmente ciò di cui percepiscono il bisogno. Noi, invece, crediamo e stiamo lavorando per un'ipotesi alternativa in cui immaginiamo che i cittadini possano essere delle persone che operano sì per il proprio benessere, ma anche per quello della comunità. Operiamo, quindi, in una dimensione molto diversa da quella più facile e tradizionale del meccanismo "consumo-mercato" che sembrerebbe spiegare tutto. Una politica di welfare di comunità è attenta pertanto più ai risultati di una interazione con la collettività ed il territorio che ad una distribuzione di benefici individuali.

Queste sono le idee base.

Tenterò ora di illustrarvi come stiamo cercando di tradurle nella pratica.

In primo luogo immaginiamo di sviluppare sempre di più le politiche intersettoriali. Ho detto prima che il benessere di una comunità è determinato solo in minima parte dai fattori di tipo sanitario, mentre è maggiore il ruolo dei fattori socio-economici ed eco-ambientali. Di conseguenza non è più possibile immaginare che la politica di un unico assessorado possa essere sufficiente per realizzare miglioramenti significativi nel modo di vivere e di stare di una comunità. Cresce quindi sempre più la necessità di fare politiche integrate e coordinate tra più assessorati, nonché di fare politiche intersettoriali. Questa impresa risulta molto difficile non solo per gli assessorati, ma per gli stessi operatori, in quanto tutti siamo molto resistenti a modificare la nostra organizzazione ed abitudini lavorative.

Il secondo punto riguarda la definizione dei Piani attuativi territoriali (PAT) e dei Piani di Zona (PDZ) che dovrebbero diventare un momento di ripensamento e riposizionamento delle comunità dei Distretti e degli Ambiti, secondo la filosofia dell'intersettorialità. Ci è sembrato utile a questo proposito non lasciare i Comuni e i Distretti abbandonati a loro stessi con il compito di rispettare questo nuovo impegno legislativo. Per questo si è da un lato iniziato un processo di coinvolgimento e formazione degli operatori sulla lettura stessa del bisogno di comunità, e dall'altra si è avviato un progetto regionale, denominato WIN (welfare innovation), in cui si sperimenta, in un gruppetto di aree della nostra regione, il coinvolgimento diretto dei cittadini nella costruzione in comune di progetti di welfare comunitario. Tale percorso parte dal presupposto che è molto più facile diffondere le idee e i progetti attraverso la visibilità di realizzazioni concrete. Più che sulle dichiarazioni formali puntiamo, infatti, sulla reale capacità di diffusione di queste esperienze.

Intendiamoci, non abbiamo individuato un traguardo da raggiungere, bensì una strada da percorrere. L'idea portante è, in sintesi, che tutto il processo attivato procederà nel momento stesso in cui lavoreremo concretamente con la gente per costruire assieme a loro e non a priori le diverse priorità.

Mi rendo conto che dire questo è molto facile e bello, mentre invece la realtà è estremamente più difficile e complicata. Il riscontro però di interesse e disponibilità proveniente da più direzioni ci consente di immaginare che questa sia una strada percorribile e non solo disegnata su un pezzo di carta. Il pericolo da evitare è sempre quello della burocratizzazione e del rispetto solo formale degli adempimenti. Se, ad esempio, i Piani di Zona diventeranno solo un voluminoso plico di carta di centinaia di pagine probabilmente avremo perso la scommessa. Io mi auguro invece che si riesca a produrre documenti snelli, di poche pagine dove siano chiaramente individuati pochi problemi prioritari sui quali impegnare la nostra volontà di realizzare il cambiamento. Tutto questo significa anche che dobbiamo essere in grado di rimettere in discussione i nostri ruoli di operatori, nonché la capacità di relazione tra operatori diversi; per gli assessori questo comporta anche che fare accordi non significa soltanto fare una delibera, ma coordinare una politica in comune, individuare una progettualità che non riguarda il singolo assessorado, bensì l'intero progetto di benessere di collettività.