

Nota della CISL sarda sul disegno di legge
«Il sistema integrato dei servizi alla persona»
e sul
Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari

approvati con deliberazione della
Giunta regionale 4/21 del 10 febbraio 2005

Cagliari 01 marzo 2005

GLI SCENARI DEL SOCIO SANITARIO

Il nuovo concetto di salute e benessere psicofisico, sociale e relazionale unitamente all'estendersi degli spazi di autonomia e di iniziativa delle persone, sono le dimensioni che oggi devono essere posti al centro di una politica di sviluppo sostenibile e di qualità della vita.

Questo modello interpretativo, basato sulla coesione e l'inclusione e finalizzato alla risoluzione dei bisogni, deve tradursi in una strategia di tutela e di esigibilità del diritto alla salute contro l'insorgenza della malattia e della disabilità.

Nel settore socio sanitario la questione delle risorse, della qualificazione della spesa e degli equilibri di bilancio, vive oggi nella nostra realtà, una fase critica e prossima a determinare il cedimento dell'intero sistema se non interviene una netta inversione di tendenza nella politica economica e nella prospettiva politica.

Crescono sempre più gli squilibri e le disuguaglianze territoriali che si traducono spesso in costi sostenuti dai cittadini per accedere alle prestazioni che, invece, devono essere garantiti universalmente dallo Stato.

Questa situazione, se non si interviene nell'immediato, crea le condizioni di una rottura verticale del patto di coesione sociale, riduce i confini dei diritti di cittadinanza e della solidarietà.

Coesione sociale peraltro sottoposta a spaccature dalla situazione di povertà assoluta e relativa nella quale vivono numerose famiglie e singoli individui.

È necessaria, quindi, la riprogettazione di una politica in grado d'impedire l'aggravarsi della crisi del welfare, della sua natura pubblica e universalistica; occorre affrontare le tematiche del rilancio dello stato sociale, indirizzando il sistema verso l'allocazione efficiente delle risorse e valorizzando il contributo del terzo settore.

Innanzitutto, anziché tagliare i finanziamenti, occorre sviluppare le risorse per la sanità e le prestazioni sociali, attribuendo al modello socio sanitario la valenza di investimento produttivo anche come fattore generatore di sviluppo economico e di qualità della vita. Per sostenere lo sviluppo del welfare, appare indispensabile il rilancio della cultura della prevenzione, nella vita, nel lavoro e nell'ambiente, promuovendo corretti stili di vita e un'adeguata educazione sanitaria a partire dalle giovani generazioni.

Occorre attivare la sensibilizzazione e l'informazione per ridurre ed eliminare il quadro dei rischi con un impegno certo di risorse, che producano un corrispondente risparmio economico sui costi sanitari e sociali futuri, correggendo la carenza dei servizi della prevenzione anche con adeguati supporti logistici e di risorse umane. In questa prospettiva la ricerca deve rivestire un ruolo strategico.

La politica di sostegno alla famiglia deve basarsi innanzitutto su una rete di servizi, supportata da trasferimenti monetari e sulla conciliazione dei tempi di vita e di lavoro.

La lotta alla povertà, parimenti, deve utilizzare un'efficiente rete di servizi e trasferimenti monetari, seguendo criteri redistributivi equi indirizzandosi principalmente verso quelle fasce di popolazione più bisognose o più a rischio, per correggere disuguaglianze e iniquità prodotte dagli strumenti messi in atto in questi anni, riconoscendo comunque l'esigenza di stabilire livelli di finanziamento e criteri di contribuzione ai servizi, ade-

guati a sostenere il sistema e garantire equità di accesso alle prestazioni, nel contesto di una politica non assistenzialistica.

Questa strategia di protezione sociale deve recuperare il senso profondo e programmatico della legge 328, anche con la definizione e il finanziamento di un efficace strumento di lotta alla povertà e all'esclusione, che ne garantisca il carattere innovatore, attivo, di inclusione e non assistenzialistico.

Nel settore dell'assistenza sociale la CISL ritiene assolutamente necessario costituire un fondo regionale a sostegno dei disabili e degli anziani in condizione di non autosufficienza, non sostitutivo di quello nazionale, sulla base delle proposte che il sindacato ha avanzato da tempo; in secondo luogo, occorre, come nel caso dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), definire i LIVEAS (Livelli Essenziali di Assistenza Sociale), anche se a livello regionale, per rendere realmente esigibile il diritto ai livelli essenziali di assistenza sociale e sanitaria.

Un sistema così articolato, all'altezza delle esigenze espresse nell'attuale contesto sociale, necessita di strumenti di controllo e di monitoraggio interni ed esterni. Occorre pertanto adottare moderni sistemi di gestione insieme a strumenti che, anche attraverso il coinvolgimento dei cittadini, forniscano indicazioni utili a costituire un sistema di qualità.

La carta dei servizi, prevista dalle norme, deve consolidarsi come strumento utile al coinvolgimento e ad una gestione trasparente dei processi.

Il miglioramento qualitativo del welfare dipenderà anche dall'individuazione delle nuove figure da utilizzare nel sociale e nel sanitario, nella allocazione di congrue risorse nelle professionalità, dalla formazione all'aggiornamento continuo, nell'acquisizione costante di competenze e, nella responsabile umanizzazione delle relazioni con l'utenza, nel più profondo rispetto della persona.

Per affermare in modo progressivo il valore - salute, in tutte le sue implicanze, occorre qualificare l'insieme dei saperi, delle competenze e delle professionalità che operano nel sanitario e nel sociale.

Una consapevole politica della salute richiede, inoltre, il riconoscimento e la legittimazione del ruolo delle parti sociali perché lo spessore e la complessità delle decisioni da assumere richiedono un processo di concertazione, una vasta partecipazione degli operatori, dei lavoratori e dei cittadini, creando uno spazio negoziale che traduca la condivisione delle criticità nella corresponsabilità delle scelte, comprimendo la tentazione dell'esercizio unilaterale del potere.

La necessità che si proceda alla costruzione ed implementazione del sistema di welfare attraverso la concertazione e cooperazione tra i diversi soggetti istituzionali, assumendo il confronto e la concertazione come metodo di relazione con le organizzazioni sindacali, sono principi che devono essere affermati dalla legge regionale.

Si rende necessario istituire, oltre ad un momento di confronto tra Regione ed Enti Locali per l'attuazione della legge, anche un Protocollo d'intesa con le organizzazioni sindacali che ne rappresenta il completamento, quale conferma della volontà di dare vita ad un ampio, approfondito e concreto confronto.

La CISL ritiene pertanto di dover istituire un tavolo permanente tra i soggetti istituzionali Regione ed Enti Locali al fine di concordare un'agenda comune di lavori e confrontarsi periodicamente sugli obiettivi da raggiungere.

Per il sistema socio sanitario, lo strumento strategico è costituito dal Piano socio sanitario regionale, concertato con le parti sociali, che attiva gli strumenti di ricerca e di monitoraggio, contiene gli obiettivi di salute e stabilisce gli standard per garantire l'erogabilità dei LEA e la qualità delle prestazioni, favorendo la partecipazione e individuando tempi e modi per le verifiche.

Un sistema all'altezza delle esigenze espresse dall'attuale contesto sociale ha quindi bisogno di investimenti e non di tagli.

Su questo punto è necessario fare chiarezza: non è compatibile la riduzione delle entrate con la necessità di fare investimenti.

Questa società, questo paese, questo territorio, devono decidere che una parte della ricchezza prodotta va investita per la qualità della vita.

CONSIDERAZIONI GENERALI

I profondi mutamenti avvenuti nell'ambito del sistema sanitario e socio-assistenziale, nel corso degli ultimi anni si è fatta sempre più pressante l'esigenza di riformare le politiche sociali in Sardegna.

Questa esigenza è stata più volte posta dalla CISL e da tutto il sindacato confederale, insieme ai pensionati e ai lavoratori del comparto socio assistenziale e sanitario, all'attenzione dei governi regionali, con la richiesta di una programmazione complessiva delle politiche sociali, partendo dalla definizione del Piano regionale sanitario e del Piano socio assistenziale.

In Europa, così come a livello nazionale, la riforma del sistema di protezione sociale è stata al centro del dibattito politico ed economico e ha assunto l'obiettivo di conciliare il principio di solidarietà con le esigenze di efficacia, efficienza e corretto uso delle risorse, anche sulla forte spinta del processo di razionalizzazione introdotto a livello nazionale con la legge delega n. 421 del 1992.

In questo contesto sono state varate la legge n. 328 del 2000 concernente la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali e, successivamente, la legge costituzionale n. 3 del 2001 contenente la riforma del titolo V della Costituzione italiana.

I motivi che stanno alla base dell'esigenza di riformare il sistema anche a livello regionale sono ben noti a tutti.

Oggi siamo in presenza, nel nostro territorio, di una forte crescita della domanda di prestazioni di cura, di integrazione e socializzazione. Vi è dunque la necessità di ripensare il sistema delle tutele sociali, adattandolo alle condizioni e alle esigenze introdotte dalla modernizzazione della società, dell'economia e del lavoro, e indirizzandolo verso un equilibrio tra efficienza-efficacia e giustizia, equità e solidarietà.

La CISL sarda ha dato in questi ultimi anni una forte caratterizzazione e un forte impulso alla centralità delle politiche sociali, dal punto di vista sia dell'analisi sia delle proposte.

È utile ricordare il 2003, l'anno delle «marce per la salute», che ha visto ottenere risultati importanti come l'abolizione del ticket e l'istituzione del Fondo per la non-autosufficienza, e l'anno 2004, caratterizzato dalle «marce per la povertà in Sardegna», che ha portato all'istituzione dell'Osservatorio regionale per le vecchie e nuove povertà. Oggi, la CISL intende proseguire su questa impostazione, sviluppando una strategia volta alla difesa delle fasce più deboli, dei pensionati e dei lavoratori, non solo sul versante della distribuzione della ricchezza, ma anche e soprattutto sul diritto al benessere.

Un diritto che deve tradursi in una strategia di tutela e di esigibilità del diritto stesso, contro l'insorgenza della malattia e della disabilità, contro le povertà e il disagio sociale.

In Sardegna, nel 1988, con la legge regionale n. 4 (relativa al riordino delle funzioni socio assistenziali) sono stati definiti i provvedimenti sugli interventi sociali che, in parte, hanno determinato sino ad oggi una risposta ai bisogni dei cittadini relativamente alla domanda di servizi sociali. Una legge positiva, che ha introdotto il concetto di sistema dei servizi socio assistenziali ed ha anticipato strategie di integrazione con i servizi sanitari, promuovendo l'associazionismo tra gli Enti Locali e le ASL.

Oggi si rende necessario definire meglio questa risposta, tenendo presente l'obiettivo generale di benessere sociale e di tutela della salute, nella più ampia accezione.

Il nuovo Piano dei servizi sociali e il ddl «Il sistema integrato dei servizi alla persona» presentati dalla Regione in seguito all'approvazione della Giunta regionale, perseguono l'obiettivo di ridisegnare e rinnovare il sistema dei servizi sociali.

Al di là delle questioni relative ai contenuti di quanto approvato, va sottolineato che in questa fase è mancato un adeguato coinvolgimento delle organizzazioni sindacali, avvenuto solo successivamente all'approvazione in Giunta.

È pertanto assolutamente necessario valorizzare la partecipazione delle parti sociali rispettando compiti e funzioni che derivano dalla rappresentanza di interessi reali.

LA LEGISLAZIONE REGIONALE

La CISL chiede alla Regione che nelle leggi di recepimento e di applicazione del decreto legislativo 229 e della legge 328, siano necessariamente presenti i seguenti contenuti:

- gli obiettivi e le regole della programmazione negoziata a livello regionale e locale, comprendente il Progetto Obiettivo per la salute degli anziani ed i Piani mirati di salute;
- la conferma e la garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria e sociale;
- le norme per la semplificazione dei percorsi assistenziali, per la riduzione e la eliminazione delle liste di attesa e per la «presa in carico» della domanda del cittadino;
- la definizione del ruolo decisionale e delle forme di governo dei Comuni nel distretto sanitario e nella zona sociale;
- i criteri e le procedure per la definizione degli ambiti distrettuali e zonali, di regola coincidenti, e delle loro articolazioni interne, assieme alle norme per l'organizzazione del nuovo distretto sanitario e della zona sociale;
- la disciplina dell'integrazione socio sanitaria, in applicazione degli articoli 3-septies e 3-octies e dei decreti attuativi previsti, con l'obbligo della definizione del fabbisogno assistenziale del distretto e della zona, come condizione preliminare per la stipula eventuale dei rapporti contrattuali con le strutture private da convenzionare;

- i criteri per il riparto e per l'assegnazione delle risorse del Fondo sanitario e del Fondo sociale della Regione, con l'obiettivo di potenziare le attività sociosanitarie nel territorio;
- la disciplina per la valorizzazione e la promozione del terzo settore, tenendo conto delle specificità dei singoli organismi che lo compongono e in un quadro di tutele dell'occupazione e del lavoro.

VALUTAZIONI SULLE PROCEDURE DI APPROVAZIONE DELLE NORME

Gli schemi di disegno di legge approvati dalla Giunta regionale nei giorni scorsi riguardano:

- il recepimento, nella nostra Regione, della legge nazionale 328/2000, legge quadro per la costituzione del sistema integrato dei servizi sociali e sanitari;
- il Piano triennale dei servizi socio sanitari, come prima parte di un complesso provvedimento contenente la programmazione sanitaria e sociale.

L'insieme dei due disegni di legge saranno trasmessi, contestualmente, al Consiglio regionale per la discussione e l'approvazione.

Tuttavia, con un comportamento inconsueto, si apprende che l'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, dichiara la «provvisorietà» dei provvedimenti, nel senso che ulteriori previsti approfondimenti (evidentemente ritenuti necessari) daranno luogo alla elaborazione ed inoltro di emendamenti nel corso della prevista discussione presso la competente Commissione consiliare.

La lettura dei due documenti dà ragione del comportamento inusuale (è inusuale che la Giunta regionale, nel momento stesso in cui invia un testo all'approvazione del Consiglio ne preveda la correzione e/o l'integrazione) in quanto:

1. il testo del disegno di legge appare fortemente stereotipato e tipizzato sulla legge regionale e quindi per nulla aderente alla concreta situazione regionale, essendo quasi del tutto ignaro della fondamentale esperienza compiuta negli ultimi 15 anni dalla Regione e dai suoi Enti Locali in applicazione della legge regionale 4/1988 e dalle due tornate di programmazione ormai esaurite;
2. il testo del Piano è fondamentalmente costruito non sul modello istituzionale attuale, cioè quello disegnato dalla legge regionale 4/1988, ma da quello che deriverà prevedibilmente alla Regione dall'approvazione della legge di recepimento della 328. In sostanza, il Piano, così com'è (a prescindere dai contenuti delle azioni in esso previste) non è trasferibile sull'attuale assetto istituzionale ed organizzativo.

Il percorso legislativo da mettere in atto, da parte del Consiglio regionale, sulla base degli atti presentati, dovrà essere:

1. discussione ed approvazione del decreto legge di riorganizzazione dei servizi in attuazione della legge 328/2000, con le specifiche peculiarità che la Regione sarda potrà introdurre nel suo ordinamento. Infatti, il nuovo articolo 117 della Costituzione le vincola ai soli principi generali, fissati dalla legge nazionale;
2. approvazione del Piano triennale, adeguato alla nuova legge, alla nuova organizzazione, al nuovo disegno del quadro dei diritti, doveri, bisogni e capacità di soddisfarli.

Nell'incontrare le organizzazioni sindacali, in una sede che voleva essere informativa di un percorso compiuto (più che concertativa della sostanza di un percorso da compiere),

è apparsa palese la volontà di considerare come pura formalità la nuova fase, da svolgere rapidamente ed in modo «indolore».

Successive prese di posizione dell'Assessore, anche in occasioni politiche pubbliche, fanno pensare però ad una fase di riflessione in atto, certamente dovuta anche alle prese di posizione di contenuto critico e comunque tendenti a far rilevare:

- l'incongruenza temporale del quadro prospettato e della successione prevista per le azioni. La legge è atto fondamentale che deve necessariamente precedere il Piano;
- la stessa legge non può essere ritenuta una formalità: gli Enti Locali, le organizzazioni sociali, i gestori dei servizi, il volontariato, devono essere consultati in sedi formali non attraverso colloqui bonariamente intrattenuti con interlocutori scelti sulla base delle previsioni di un agevole accordo consensuale;
- in particolare, le organizzazioni sindacali hanno presentato in modo formale la necessità della concertazione sugli assetti normativi, sul quadro dei diritti, sulle modalità di passaggio dall'esistente al nuovo assetto organizzativo, sugli obiettivi strategici di Piano, sulle azioni per realizzarli, sulle risorse e sulla loro distribuzione territoriale;
- il Consiglio regionale è stato investito, nella scorsa legislatura, dell'esame di due testi, presentati da diversi schieramenti politici, comunque assai mirati sulla concreta situazione regionale;
- il problema delle politiche sociali e dei suoi legami con la sanità è fortemente sentito dalle realtà locali, dal momento che la programmazione sociale è divenuta, nel tempo, uno dei passaggi fondamentali di ogni amministrazione comunale ed anche in sede locale, pur se con fatica, si sono stabiliti rapporti concertativi con i sindacati;
- in Sardegna confluiscano, nel quadro dei servizi sociali, alcune leggi di settore, che interessano fasce deboli ed esposte di cittadini, portatori di patologie a forte impatto epidemiologico e assistenziale;
- il calo delle risorse disponibili per i servizi alle persone, che è nelle tendenze politiche attuali, deve rendere attenti ai nuovi modi di ripartizione ipotizzati nel piano (quota capitaria), modi che possono indurre forti squilibri territoriali. I criteri di assegnazione dei fondi per quota capitaria sono infatti inadatti alle più minute realtà demografiche, pure frequenti nella nostra Regione.

Queste ed altre considerazioni sui singoli aspetti dei provvedimenti presentati all'approvazione del Consiglio devono portare i soggetti interessati alla consultazione e/o alla concertazione ad ipotizzare una richiesta d'interlocuzione diretta immediata con l'Assessore competente e, qualora l'esecutivo si dichiari indisponibile o riluttante sul piano dei contenuti, con il Consiglio regionale.

Questa interlocuzione appare ancora più urgente alla luce di un ulteriore fattore.

Infatti, se è possibile pensare alla presentazione di emendamenti ad una proposta legislativa, che è composta in articoli e commi, i quali possano essere sostituiti o modificati, più arduo è pensare di emendare un Piano.

Esso è, per sua natura, giocato su proposte organiche e coerenti con obiettivi generali, modificando i quali, tutta la costituzione programmatica entra in crisi.

Il rapporto concertativo deve essere quindi approfondito ed esteso innanzi tutto agli aspetti della proposta legislativa e la richiesta relativa rappresentata con fermezza.

La legge 4/1988 governa ormai da quindici anni le attività sociali nella nostra Regione. Il momento attuale dovrà dar luogo ad una produzione normativa che sarà forse meno duratura nel tempo, ma certamente più estesa nei contenuti, in quanto si rivolgerà all'assistenza ed alle sue forme di integrazione con la sanità, la sua organizzazione, i suoi sistemi di potere talora resistenti e poco permeabili.

Grande appare quindi la responsabilità per i risultati e prima ancora, per le procedure democratiche che li possono preparare e produrre.

CONSIDERAZIONI SUL TESTO DEL DECRETO DI LEGGE «IL SISTEMA INTEGRATO DEI SERVIZI ALLA PERSONA»

Il testo appare molto caratterizzato da un forte ruolo istituzionale e da una funzione di collaborazione, nel sistema, del privato sociale e dei corpi sociali intermedi.

Si rileva un ruolo «forte» della Regione: infatti, gli ambiti territoriali vengono determinati esclusivamente dalla Regione, e si adotta la scelta vincolante e non incentivante, di dare impulso all'associazionismo tra comuni senza peraltro indicare «vie specifiche» per i grandi comuni; viene espressamente riservata alla regione la titolarità e l'esercizio di funzioni comunali, si definiscono le forme di gestione e, infine, gli accordi contrattuali con i soggetti gestori debbono sottostare ad un vincolante accordo quadro regionale.

Le principali criticità rilevate nel testo sono le seguenti:

- date le caratteristiche degli Enti Locali isolani (le nuove province non sono ancora istituite, dei 377 comuni 217 sono al di sotto di 5000 abitanti e la loro collocazione geografica favorisce più livelli di competenza), non appare chiaro come si realizza l'integrazione dei servizi tenendo conto che si fa riferimento alle aree distrettuali previste dal piano sanitario (non ancora predisposto) e gli stessi distretti non sono ancora definiti (non è dato ancora sapere quanti saranno e con quale configurazione territoriale). È necessario quindi individuare meglio i meccanismi di integrazione per far sì che i cittadini ricevano per davvero risposte ai loro bisogni in termini di universalità;
- la concertazione con le parti sociali è vaga e confusa, riducendosi a livello regionale a sentire (articolo 21) gli organismi di consultazione (quali?) e a livello locale tramite la Conferenza di una pluralità di soggetti con natura e fini diversi;
- sarebbe necessario definire la programmazione partecipata (articolo 3) come un percorso le cui tappe vanno indicate ed i cui esiti registrati, che non si esaurisce nella definizione del piano, ma che deve essere di permanente confronto fino alla verifica ed alla riprogrammazione. Alla programmazione partecipata devono partecipare altri soggetti pubblici (quali?), i soggetti sociali solidali (quali i meccanismi di individuazione?) e le organizzazioni di volontariato (quali?); inoltre (articolo 13) concorrono alla realizzazione del sistema integrato gli attori professionali quali operatori e professionisti operanti presso soggetti pubblici e privati (quali?). Poiché questi ultimi, più degli altri, non sono ben identificati: o questi intervengono tramite le organizzazioni di rappresentanza, oppure il loro contributo si sviluppa attraverso le istituzioni presso le quali operano (in questo caso bisognerebbe fare in modo che questi possano contare maggiormente nei rispettivi ambiti);
- è necessario distinguere i produttori di servizi (quelli interessati sostanzialmente a far pesare l'offerta) con cui si definisce la progettazione degli interventi, dai soggetti - come le organizzazioni sindacali - che rappresentano gli interessi e la domanda con i quali vanno definiti gli obiettivi, le priorità, l'allocazione delle risorse e attra-

verso il coinvolgimento dei quali va strutturato il sistema di valutazione degli interventi. In questo senso non è affatto chiaro il ruolo della Consulta per i servizi sociali dove si dice che (articolo 26): è l'organo di rappresentanza delle professioni sociali e socio sanitarie, ...;

- in più parti si parla di universalismo selettivo, dove però la selettività non significa impossibilità di accesso (se non alle prestazioni di lotta alle povertà o economiche), ma di graduazione della partecipazione alla spesa (in questo senso la definizione di una soglia minima regionale di esclusione dal pagamento, data la vastità e la differenziazione territoriale, può essere o troppo elevata o troppo bassa). Il riferimento all'ISEE (indicatore della situazione economica equivalente richiamato all'articolo 29) viene fatto solo in conclusione, dopo aver enunciato che tali parametri costitutivi, sia reddituali che patrimoniali, saranno definiti dalla Regione. Ma questi sono già i parametri che costituiscono l'ISEE, il quale prevede peraltro alcune flessibilità e che se rimessi in discussione cambiano lo strumento stesso e rendono inutilizzabile procedure e banca dati INPS;
- non vi è un esplicito riferimento al segretariato sociale per l'informazione e l'orientamento. La funzione del segretariato sociale, come dice la legge 328, è da intendere come necessario strumento per realizzare proprio l'informazione e l'orientamento (articolo 5 - articolo 33). La valutazione professionale, rappresenta un punto centrale della «definizione dei bisogni dei cittadini», bisogni sociali che non riguardano esclusivamente i soggetti emarginati ma l'intera comunità locale (basti pensare ai servizi per l'infanzia, ai centri diurni per anziani, ai centri aggregativi per i giovani e a tutte le varietà di criteri e procedure per ottenere questi ed altri benefici, ...). La funzione del segretariato sociale è importantissima perché rappresenta il «punto di accesso» al sistema integrato in cui il cittadino non è solo utente, le famiglie non sono solo portatrici di bisogni, la rete non si rivolge solo agli ultimi, l'assistenza non è solo sostegno economico, il disagio non è solo economico. Infine, attraverso l'informazione e l'orientamento ben organizzato, le famiglie hanno la possibilità di esercitare meglio «il diritto di scelta» rispetto alla pluralità dei soggetti erogatori: è perciò auspicabile che la funzione del pubblico sia quella di ottimizzare i suoi standard di erogazione. Il sistema di informazione ed orientamento può e deve avvalersi di esperienze di soggetti già previsti nella 328, come i patronati, che possono fornire un importante e qualificato contributo nell'ambito del sistema integrato;
- viene data enfasi alla lotta alla povertà e al reddito di cittadinanza, tema delicato che deve essere affrontato con la giusta consapevolezza e responsabilità, che coinvolge potenzialmente ampi strati sociali in un contesto di lavoro con rischi di evasione fiscale e sommerso. È pertanto necessario, per non emanare provvedimenti solo di facciata, verificare le grandezze economiche a disposizione, avviare sperimentazioni (le amministrazioni debbono avere una struttura tale da permettere di associare ai trasferimenti economici progetti credibili finalizzati all'indipendenza di soggetti veramente bisognosi), coinvolgere esplicitamente i soggetti del terzo settore (che realizzano gli interventi di inclusione) e del sindacato per evitare che questo si trasformi in un disincentivo all'inserimento in un lavoro legale. In questo contesto può e deve svolgere un ruolo centrale l'Osservatorio regionale per le vecchie e nuove povertà, istituito presso la Presidenza della Giunta, per il quale si richiede un immediato avvio operativo;
- altra priorità, ormai riconosciuta e su cui tutte le regioni stanno intervenendo è quella relativa alla non-autosufficienza. Nel testo non si fa riferimento preciso a tale

tematica e non si tiene conto del fatto che in Sardegna (anche in anticipo rispetto alle altre regioni) è stato costituito il Fondo per la non-autosufficienza, che deve celermente essere reso operativo tramite le norme di attuazione;

- gli articoli relativi all'autorizzazione per la realizzazione e il funzionamento di servizi e strutture e l'accreditamento degli stessi sono molto importanti, per cui si sottolinea la necessità di inserire regole precise, rispetto degli accordi contrattuali, soprattutto in merito alle caratteristiche rispondenti ai requisiti delle professionalità (necessità di evitare le cosiddette gare al ribasso).

Appare infine importante conoscere il percorso attuativo in termini temporali del provvedimento, data la sua complessità e soprattutto (articolo 19) conoscere quali costi avrà il nuovo provvedimento e quali e quante risorse reali (articolo 47) verranno messe a disposizione per l'attuazione dei servizi integrati.

CONSIDERAZIONI SUL PIANO REGIONALE PER I SERVIZI SOCIALI E SANITARI

Sulle finalità di fondo e sulla nuova impostazione di natura programmatica, non si può che condividere la natura universalistica e pubblica in sintonia col Piano Unitario Nazionale, con la legge 229/1999 e con la recente legge 328/2000 e l'idea che si predisponga un modello di Piano socio sanitario e non esclusivamente socio-assistenziale e sanitario. Ciò per le evidenti necessità, oramai note, di integrare interventi non più unicamente delegabili ad uno solo degli assi del sistema di welfare.

È condivisibile l'analisi dei punti critici evidenziati nel quadro generale (con riferimento al precedente piano ed alla legge regionale 4/1988) anche se si ritiene che da questi occorra ripartire per una nuova definizione delle strategie alla luce del mutato quadro normativo.

L'analisi dei bisogni viene effettuata prevalentemente su base demografica, rilevando la povertà e/o inesistenza di un sistema informativo e/o capacità di lettura dei problemi delle comunità. Forse un maggiore coinvolgimento delle comunità locali e delle rappresentanze sociali avrebbe consentito di puntualizzare meglio - almeno dal punto di vista qualitativo - i bisogni dei sardi.

Il piano si basa su di un'impalcatura normativa ancora non presente in Sardegna. In particolare l'attuazione del decreto legislativo 299/1999 a cui fa riferimento per quanto riguarda la programmazione territoriale e l'integrazione socio sanitaria, lo stesso decreto per l'integrazione socio sanitaria; tutto ciò determina la difficoltà di attuazione del modello di programmazione territoriale, non sono individuati gli ambiti territoriali e definiti i distretti, per cui resta difficile l'attuazione di quanto previsto in merito alla valutazione multidimensionale dei bisogni ai fini della progetto personalizzato.

Tuttavia, si deve rimarcare con forza come sia stata disattesa la metodologia concertativa.

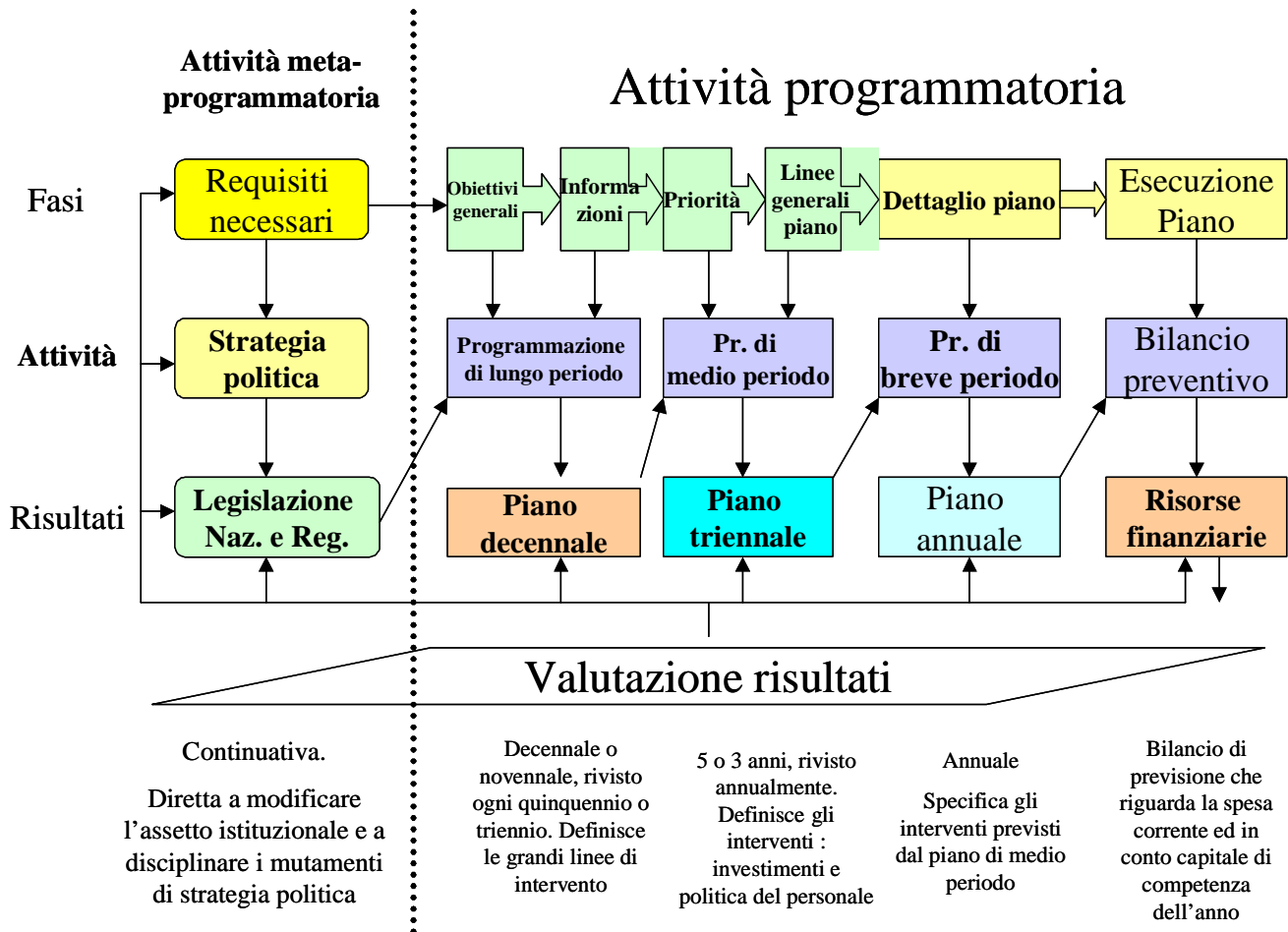
Se la concertazione su finalità comuni non è sostanziata dall'effettivo rispetto di una precisa metodologia - confronto preventivo, definizione di obiettivi condivisi e monitoraggio dei risultati - non si può parlare di vera concertazione, ma solo di una tradizionale ed obsoleta consultazione tra parti sociali.

Ricordiamo come il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 si definiva come «Patto di solidarietà per la salute», con evidenti connessioni ad una logica concertativa.

Entrando nel merito delle scelte contenute nel Piano socio sanitario regionale, si concorda sull'ottica della centralità umana del cittadino, in particolare sull'importanza delle politiche di prevenzione; sulla positività dell'integrazione socio sanitaria; sulla decisione di deospedalizzare l'assistenza sanitaria grazie alla territorializzazione della stessa con la realizzazione concreta di «Distretti Socio Sanitari»; e l'avvio, da tempo auspicato, di una rete Residenze Sanitarie Assistite, oltre il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata.

Il Distretto rappresenta certamente la chiave di volta dell'assetto territoriale del servizio socio sanitario, perché è lo strumento amministrativo ed organizzativo in grado di garantire un rapporto corretto tra sanità nel territorio e sanità ospedaliera e, perciò, di favorire il processo di deospedalizzazione di molte funzioni, con tutto ciò che comporta, sia dal punto di vista della proposta al cittadino, sia di messa in moto di processi diversi ed innovativi nell'organizzazione del lavoro in sanità e nella gestione, utilizzo e formazione delle professionalità.

Nello schema seguente è riportato il rapporto tra momento legislativo e predisposizione del piano nel processo programmatico



Nello schema seguente si specifica quale è stato il modello di pianificazione adottato per il documento presentato (piano socio-assistenziale) rispetto a quello che sarebbe auspicabile

Modello di pianificazione socio-sanitaria

Approccio razionale

Proposto

- **Tecnica, tecnocratica**
- Metodi oggettivi, quantitativi
- Procede senza deviare secondo un processo logico
- Spesso non tiene conto della fattibilità
- Il ruolo dell'esperto è importante
- Il piano che deriva è ideale
- Non vuole essere influenzata da elementi politici

Approccio pragmatico

- Partecipativa, azione comunitaria, politica
- Metodi soggettivi, qualitativi
- Procede per tappe in modo graduale e per adattamenti successivi
- Tiene conto della fattibilità
- Il ruolo dell'esperto è meno importante
- Il piano che deriva è fattibile
- Tenta di integrare gli elementi politici
- **Orientato all'azione**

Auspicabile

In sintesi si ribadisce che, dalla lettura del documento, si intuisce l'impegno profuso dall'Assessorato nel predisporre il Piano, anche se nei risultati appare più evidente l'esigenza formale di rispettare una promessa (presentazione del piano entro l'inizio dell'anno) e quindi di accelerare i tempi della sua approvazione, piuttosto che quella di avviare un vero e proprio coinvolgimento delle parti sociali.

Nel Piano, scritto partendo dalle esperienze già fatte in altre regioni e in relazione dei contenuti della legge quadro 328/2000, non si è tenuto in giusta considerazione la legislazione regionale esistente e soprattutto il quadro di riferimento istituzionale sardo.

Della legge regionale n. 4 (che già contiene alcune innovazioni che si vogliono introdurre e che aveva in parte regolamentato con i comuni un'utile esperienza sui servizi sociali) si mettono in evidenza, nel Piano, solo le criticità che rispondono, tuttavia, alla mancata applicazione capillare delle norme in essa contenute derivante da responsabilità della stessa Regione.

Si ricorda che la legge 328/2000, legge quadro nazionale di riforma del sistema del welfare, è la legge che propone di assicurare alle persone e alle famiglie un sistema integrato d'interventi e servizi sociali, di garantire la qualità della vita, le pari opportunità, la non discriminazione e i diritti di cittadinanza, di prevenire, eliminare o ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare, derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia.

In sintesi stabilisce il principio che le politiche sociali sono universalistiche con gli obiettivi di benessere sociale da conseguire attraverso un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Sono tre le principali linee guida della legge: la sussidiarietà verticale (lo Stato delega alle Regioni e alle comunità locali le funzioni che possono esercitare meglio a vantaggio dei cittadini, anche attraverso interventi di risorse aggiuntive) e la sussidiarietà orizzontale (promozione e sostegno alle formazioni sociali come le famiglie, le associazioni, la cooperazione, le organizzazioni non profit, ...); il decentramento: i Comuni devono essere i veri titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale; infine, l'integrazione dei servizi attraverso la programmazione degli interventi e delle risorse, l'operatività per progetti, la verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni e la valutazione di impatto di genere.

La Regione sarda, nell'adottare il provvedimento di recepimento della legge 328, doveva maggiormente tener conto dei riferimenti istituzionali presenti in Sardegna e definire poi un Piano regionale più consono alla realtà sarda.

Proprio perché ogni regione ha caratterizzato il piano in conformità alla propria realtà e al proprio territorio, questo Piano sociale regionale ha la natura di essere un piano adatto per ogni regione d'Italia.

La Sardegna ha invece molte diversità e caratteristiche territoriali particolari e per questo il piano presenta molte lacune sotto l'aspetto delle specificità.

In definitiva il modello di riferimento non sembra quello delle politiche sociali disegnato dalla legge 328, che lascia ai Comuni maggiore autonomia; tanto meno quello definito dalla legge n. 4 che invece ha ben esplicitato (al Titolo II) l'assetto istituzionale ed organizzativo, definendo compiti e funzioni ai comuni, alle province e alle aziende sanitarie,

e stabilendo le procedure di programmazione i cui soggetti sono appunto la regione, le province, i comuni (singoli o associati).

Nel contesto della riforma era necessario riprendere in considerazione la legge n. 4/1988, migliorarne il testo favorendo così un ammodernamento della stessa, più funzionale all'introduzione e all'applicazione di provvedimenti innovativi.

Si evidenziano nel dettaglio:

- il testo ha caratteristiche molto tecniche con un'impostazione generale che non mette in risalto la realtà sarda nell'analisi dei bisogni e nel contesto sociale attuale; i dati statistici di riferimento sono spesso riduttivi della realtà sarda, occorre invece un monitoraggio reale aggiornato, a livello territoriale, da sempre richiesto dalle organizzazioni sindacali; oggi più che mai è necessario e importante sapere cosa è stato e cosa manca in Sardegna in materia di politiche sociali;
- il testo è caratterizzato dalla scelta di dieci priorità, individuate in relazione ad aspetti problematici e a preoccupazioni sociali diffuse. Le dieci priorità individuano i problemi e delineano le strategie d'intervento, ma con riferimenti spesso generici e con aspettative non sufficienti a sostenere la piena riuscita dei risultati attesi. Per molte delle priorità (vedi il problema natalità, l'invecchiamento, la povertà, il contrasto alla dispersione, la famiglia, ...) si evidenziano più competenze tra soggetti e tra questi non si identificano con chiarezza ambiti e ruoli di ciascuno;
- la tecnicità del testo rimanda spesso alla definizione di futuri provvedimenti dal parte della Regione; il Piano quindi assume solo funzione di indirizzo e orientamento rimandando in un tempo successivo l'emanazione delle linee guida regionali per l'attuazione dei servizi integrati, l'identificazione delle figure professionali sia della dirigenza che degli operatori, la regolamentazione dell'accesso ai servizi alla persona e via di seguito;
- si ritiene perciò che i provvedimenti successivi saranno i veri strumenti attuativi del Piano e per questa ragione si sottolinea la necessità di avviare il confronto e la concertazione con le parti sociali; la CISL ritiene che il nuovo modello di welfare, come indicato dalla 328, dovrà essere «delle responsabilità condivise», con un sistema di «governance» che prevede poteri e funzioni dei soggetti sociali: un sistema in cui le decisioni non sono più prese dal centro, ma codecise da una rete di attori interdipendenti, con il coinvolgimento stabile dei soggetti sociali nella organizzazione dei servizi in un rapporto di partenariato attivo.