

CAT - COMITATO ASSOCIAZIONI TUTELA

Segreteria: c/o UILDM, Via Bufalini 3, 60023 Collemarino (An).. Tel. e fax 0731-703327 e mail: grusol@grusol.it - www.grusol.it

Aderiscono: *Aism Regionale, Alzheimer Marche, Anffas Jesi, Anglat Marche, Ass. La Crisalide, Angsa Marche, Ass. Free Woman, Ass. Libera Mente, Ass. Il Mosaico, Gruppo Solidarietà, Centro H, Tribunale della salute Ancona, Uildm Ancona, Aisla Ascoli Piceno, Unasam Marche.*

Ancona, 23 agosto 2010

- Presidente e componenti della giunta regionale
- Ai membri del Consiglio regionale

Oggetto: Proposta di legge della giunta di riorganizzazione del servizio sanitario regionale. Osservazioni e riflessioni.

Il documento che segue cerca di offrire alcuni spunti di riflessione riguardo i contenuti della dgr 1136/2010 di riorganizzazione del servizio sanitario regionale che prevede importanti novità anche riguardo il sistema dei servizi sociali. Non proporremo emendamenti od osservazioni all'articolato ma sottolineeremo aspetti ritenuti rilevanti cercando di rispondere alla domanda: *di cosa ha bisogno l'attuale sistema dei servizi sociali e della sanità?*

Partiamo dal **sistema sociale** sul quale la Pdl interviene in maniera sostanziale. Per quanto ci riguarda, siamo stati sempre favorevoli al doppio assessorato in quanto sanità e sociale sono due settori che hanno competenze distinte anche se molti interventi devono essere integrati. Fin quando sanità e sociale sono stati accorpatisi in un unico assessorato (fino a 10 anni fa), l'assessore, nei fatti, si è occupato quasi esclusivamente di sanità ed in maniera residuale di sociale. Riteniamo pertanto necessario che il dirigente dei servizi sociali risponda all'assessore di competenza. Nei fatti la proposta in oggetto ne ridisegna l'assetto con la dipendenza del dirigente/i dei servizi sociali al direttore del *Dipartimento per la salute e per i servizi sociali*, che però fa capo all'assessorato alla salute. E' evidente una posizione di squilibrio (posizione non presente nell'allora Dipartimento per i servizi alla persona e alla comunità) nella quale il settore sociale ne esce non solo ridimensionato ma ridotto a funzione residuale. Dalla Proposta emerge il disegno di un settore sociale per il quale l'aspetto programmatico sembra un'appendice: una semplice *funzione* alla quale afferiscono dei finanziamenti per la realizzazione di alcuni interventi. Nulla di più.

Dunque se in termini di programmazione può andare benissimo la realizzazione di uno strumento integrato¹, da quello istituzionale riteniamo indispensabile che i due settori abbiano assetti autonomi e autonomi dirigenti che rispondano ai rispettivi assessori (nella proposta in oggetto l'assessore ai servizi sociali, dovrebbe fare riferimento al direttore del dipartimento – che dipende dalla sanità e che di sanità si occupa fundamentalmente a tempo pieno – per arrivare poi successivamente ad uno dei dirigenti dei servizi sociali; allo stesso modo i dirigenti dei servizi sociali, prima di arrivare all'assessore dovrebbero passare attraverso il direttore del Dipartimento)².

¹ Riguardo la Proposta di legge (1138/2010) di Piano socio sanitario regionale rimandiamo alle riflessioni contenute in *A chi serve il Piano sociosanitario della regione Marche?*, in, www.grusol.it/vocesociale/27-07-10.PDF.

² L'obiezione secondo la quale il Dipartimento si occupa di sanità e sociale e dunque il direttore ha competenza in entrambi i settori sappiamo bene non avere consistenza. La sanità consuma l'80% del bilancio regionale; chi può immaginare che a dirigere il Dipartimento sia chiamato qualcuno a cui sia richiesta anche competenze di tipo sociale? In realtà, stando alla Proposta, abbiamo il dubbio che per gli estensori di questo Atto, si possa concepire il sistema dei servizi sociali come un settore. Pare, sia considerato più alla stregua di un "servizio di assistenza", che distribuisce

Riteniamo pertanto sia da rivedere questa parte della Proposta, mantenendo l'attuale organizzazione del sistema. Per essere chiari: questa Proposta nasce dalla volontà di riorganizzare il servizio sanitario regionale e non riusciamo a capire la ragione per cui si intenda intervenire – peraltro con questi contenuti – anche nel settore sociale.

Ritourneremo più avanti ad analizzare le modalità con le quali la Pdl si occupa dei servizi sociali; ci preme ora ribadire che, a nostro avviso, ciò di cui si ha assoluta ed estrema necessità è una legge di riordino del sistema sociale³, che fissi e determini l'organizzazione del settore. In questo senso andrebbe analizzata con rigore la situazione degli ambiti territoriali, rispetto ai quali riteniamo del tutto inadeguata l'indicazione contenuta nell'art. 9; prevedere la coincidenza con le attuali Zone significa avere Ambiti – come nel caso di Ancona – anche di 230.000 abitanti su più Comuni, del tutto incompatibili con la programmazione e gestione dei servizi sociali. E' senza dubbio opportuno che il numero degli Ambiti venga rivisto e ridotto, fissando dotazioni di popolazione minima insieme ad altri criteri (estensione territoriale, ecc.), ma di fondamentale importanza è che l'Ambito cessi di avere un ruolo di coordinamento per assumere in via definitiva quello di gestione.

Ridurre gli Ambiti e mantenere l'attuale funzione significa perpetuare, cronicizzata, una situazione di nessuna utilità per il sistema dei servizi. Significa inoltre – come sosteniamo fin dalla loro istituzione – mantenere nell'indefinitezza la figura del Coordinatore che rischia di avere sempre più carattere residuale. Non è l'Ambito a dover essere messo in discussione, ma la funzione ad esso assegnata: dal coordinamento si deve passare alla gestione dei servizi sociali di quello specifico territorio.

In questo senso il contenuto del comma 2 bis, è poco pertinente in quanto gli *apparati amministrativi degli Ambiti*, sono di fatto inesistenti mentre lo staff dell'Ambito è costituito da assistenti sociali o da altre figure sociali, che nel territorio marchigiano sono in numero assai ridotto rispetto alle necessità e alle competenze sociali assegnate ai Comuni (si faccia una ricognizione nelle Regioni del nord, delle dotazioni professionali afferenti agli enti che gestiscono in maniera associata i servizi sociali).

Quindi per parte nostra riteniamo si debba:

- rapidamente mettere mano alla nuova legge di settore di modifica della 43 del 1988;
- rivedere l'assetto del sistema dei servizi sociali disegnato dalla Pdl, mantenendo un dirigente dei servizi sociali che risponde direttamente all'assessore;
- prevedere una riduzione degli ambiti – secondo criteri che non facciano a pugni con minime esigenze programmatiche – prevedendo il passaggio da Ambito di coordinamento ad Ambito di gestione.

In ogni caso, inserire in una Proposta tutta incentrata sulla riorganizzazione del sistema sanitario, modifiche al sistema sociale di cui sembra non se ne conosca a fondo la struttura ci appare sbagliato e dagli esiti del tutto negativi. In questo momento si può agire benissimo sulla riduzione degli ambiti e sulla funzione di gestione senza toccare l'assetto del Servizio regionale. Urgente invece – come ribadiamo da molti anni è una riforma effettiva⁴ della legge 43 del 1988. D'altra parte che la Pdl si occupi del tutto surrettiziamente di sociale si desume dalla totale assenza di indicazioni da parte della giunta regionale (art. 3), riguardo questo settore. Tutte le indicazioni riguardano la sanità. Per gli estensori della Proposta, evidentemente il sociale non ha bisogno di nessuna delle funzioni previste per la sanità dall'art. 3 (dalla programmazione, agli obiettivi, fino alla istituzione di fondo specifico).

La programmazione sociale e socio sanitaria

Prima di passare ad analizzare l'assetto del sistema sanitario, vorremmo tornare sul tema della programmazione sociale e sociosanitaria. Peraltro giunti a questo punto, viste le

qualche provvidenza economica ed eroga qualche piccolo servizio. Una logica – da “social card” – in linea con l'approccio minimalistico, contestato dalle Regioni, dell'attuale governo e del ministro del welfare.

³ Rimandiamo per ulteriore approfondimento alle proposte del Comitato Associazioni tutela per la nuova legislatura, in, www.grusol.it/vocesociale/07-05-10.PDF.

⁴ Parliamo di riforma effettiva perché non servirebbe a nulla una riforma di principi generali che non toccasse gli aspetti fondamentali del sistema.

funzioni dell'Asur, ci si chiede a cosa possa servire un responsabile dei servizi di integrazione sociosanitaria collocato a quel livello.

Come detto, si prevede la coincidenza dell'Ambito con la Zona; Zona che non avrebbe più funzione programmatica (art. 9, comma 1). Peraltro pare sbagliato - come già nella legge 13 - affidare alla Zona il compito di assicurare "l'equo accesso ai servizi e alle funzioni sociali", competenza questa che non riguarda la sanità. Più opportuna potrebbe essere invece la seguente formulazione: "l'equo accesso ai servizi e alle funzioni sanitarie e sociosanitarie", considerato che "le funzioni di elevata integrazione sanitaria", sono "prestazioni sociosanitarie al elevata integrazione sociosanitaria" (d.lgs 229/99, dpcm 14.2.2001).

Appare inoltre non chiara la parte riguardante la programmazione sociosanitaria territoriale. Dalla Proposta si desume che: gli Ambiti territoriali coincidono con le Zone (comma 2, art. 9), "ferma restando la coincidenza con i distretti sanitari" (comma 2, bis) che "sono il livello in cui si realizza in ogni Zona la gestione integrata tra servizi sanitari, sociosanitari e sociali" (art. 13). Zona che non ha più (art. 9, comma 1) "compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e sociosanitari".

A questo punto per non essere di fronte ad una irriducibile contraddizione si dovrebbe dedurre *che i distretti sanitari coincidono con le Zone*. Dunque la programmazione è distrettuale (di chi è articolazione il distretto non essendolo più della Zona?) saremmo, quindi, in presenza di 13 Zone coincidenti con i 13 distretti che coincidono con 13 Ambiti. Solo in questo caso il Piano di Zona (nelle Marche di Ambito), si integra con quello di distretto secondo le disposizioni del decreto legislativo 229/99 che non crediamo la Regione Marche voglia o possa ignorare.

Ad essere minimamente rigorosi dovremmo inoltre chiederci come in questi anni, nella nostra Regione, si è sostanzialmente la funzione distrettuale, tenendo anche conto che in 6 territori c'è coincidenza tra Zona e distretto (per circa 1/3 della popolazione). Esso, in linea generale, sembra esercitare sostanzialmente una mera funzione di erogazione. In questo senso pare irrinviabile, ai fini della verifica, confrontare la realtà della nostra Regione con quanto dispone in proposito il d.lgs 229/99 (art. 3, quater e quinquies").

A fronte di questo quadro, già abbastanza complesso, viene aggiunto un ulteriore piano di programmazione a livello di area vasta (dunque provinciale) che definisce "gli obiettivi dell'attività e dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari". Ci chiediamo ora come a questo livello può essere esercitata la competenza sociale all'interno della programmazione sociosanitaria che riteniamo così può risultare solo mortificata. Si tratta di un livello che ci pare del tutto incompatibile con quello della programmazione territoriale (distretto/Zona). A nostro parere si è in presenza di una moltiplicazione di livelli che determina un vero e proprio ingorgo dal quale - una volta usciti (dopo la lettura) - pare doveroso e urgente uscire al più presto.

L'assetto organizzativo della sanità

Non considerandoci esperti di programmazione sanitaria e di assetti gestionali, non siamo in grado di fare proposte a questo livello. Constatiamo però, dalla lettura dell'Atto, che le Zone escono ridimensionate in tutte le loro funzioni (a partire dalla cessazione di quella programmatica) mentre emerge il livello dell'area vasta come nuovo effettivo luogo di governo. Ci chiediamo allora qual è il senso della sopravvivenza della Zona. Constatiamo, inoltre, la presenza di 4 livelli di gestione delle funzioni sanitarie (Asur, Aree vaste, Zone, distretti). In una regione di 1,5 milioni di abitanti il tutto appare francamente eccessivo. Sarebbe allora forse il caso di tirare le conseguenze dei contenuti della Proposta: ASL di livello provinciale, articolate in distretti. A questo punto sarebbe chiara anche la collocazione del livello programmatico (provinciale e distrettuale).

Appare pertanto strano constatare che la Proposta si areni proprio sul punto in cui sembrerebbe trovare logico sbocco.

In conclusione

Dunque per parte nostra riteniamo sia da stralciare la parte riguardante il settore sociale, affidando a questo atto - come il titolo suggerisce - la sola riorganizzazione del settore sanitario. In attesa dell'urgente - che non significa frettoloso - riordino del settore sociale, si può avviare da subito un percorso che porti alla riduzione degli Ambiti e al passaggio dalla

funzione di coordinamento a quella di gestione. Riguardo la sanità ed in particolare per tutto il sociosanitario e sociale è indispensabile che ci sia un livello di programmazione territoriale effettivo ad un livello compatibile con quello del governo dei servizi sociali. Livello che, per parte nostra, non può essere ricondotto, in nessun modo, a quello dell'area vasta.

Ma non meno importante è che oltre alla definizione adeguata degli assetti organizzativi e gestionali si diano risposte in termini di interventi e servizi. Per questo ci permettiamo di rimandare, evitando così di ripeterci, ad alcuni nostri recenti documenti – con i riferimenti in calce - che hanno dettagliatamente affrontato la questione.

Cordiali saluti

Per Comitato
Fabio Ragaini



A chi serve il Piano sociosanitario della regione Marche?

www.grusol.it/vocesociale/27-07-10.PDF

Politiche sociali nelle Marche. Le proposte per la nuova legislatura

www.grusol.it/vocesociale/07-05-10.PDF

In difesa del welfare. Un appello contro l'indifferenza e l'insofferenza nei confronti dei deboli, www.grusol.it/welfareAppello.pdf

La programmazione perduta. Una riflessione alla luce dei criteri di fabbisogno sanitario e sociosanitario della regione Marche, www.grusol.it/informazioni/01-12-09.PDF

Considerazioni sull'Atto di ricognizione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere della regione Marche, www.grusol.it/vocesociale/17-03-09.PDF