

Rapallo, sui manifesti le opere pubbliche

Sono apparsi sui muri di Rapallo numerosi manifesti fatti affiggere dal Comune per illustrare l'attività svolta nel '99, come vengono spesi i soldi dei cittadini, e le principali opere pubbliche varate negli ultimi mesi. Si tratta di interventi in corso o di prossima realizzazione relativi a viabilità, immobili comunali, della pubblica illuminazione e delle reti fognarie. La spesa prevista è di poco inferiore ai 10 miliardi.



Marche, Borsa merci agroalimentare?

Macerata potrebbe diventare sede di una Borsa merci che funga da supporto al mercato dello agroalimentare. L'iniziativa è appoggiata dalla Provincia considerata che anche il mercato agricolo «non ha più confini». Al progetto ha aderito formalmente la Regione Marche concedendo un contributo di 16 milioni. Il progetto prevede una «Borsa» funzionante con i più moderni sistemi telematici.

la riforma

5

Regioni

Sanità federalista

Sette Piani in dirittura d'arrivo

FRANCESCO TARONI - Direttore dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali

LA RIFORMA BINDI DISTRIBUISCE LE RESPONSABILITÀ IN MATERIA SANITARIA FRA STATO E REGIONI LE QUALI SI STANNO RAPIDAMENTE ADEGUANDO IN UN QUADRO DI FEDERALISMO REALE

La distribuzione delle responsabilità fra Stato, Regioni ed Enti Locali realizzata con la legge Bindi di riforma del SSN è il modello più avanzato di federalismo reale nel nostro paese. La regionalizzazione è un principio e un modo di operare del sistema definitivamente acquisito e opportunamente sviluppato dalla riforma, che altrettanto opportunamente prevede più adeguate forme di partecipazione istituzionale degli enti locali alla programmazione delle attività ed alla valutazione dei risultati raggiunti dalle aziende sanitarie.

In questo contesto "federale", in cui le regioni godono di una larga autonomia nella programmazione e nella organizzazione dei servizi sanitari per le loro popolazioni, il compito di un Piano sanitario nazionale (PSN) è di indicare gli obiettivi che devono essere raggiunti da tutto il sistema; dare indirizzi rispetto a forme innovative di assistenza; definire le risorse disponibili ed indicare come queste saranno distribuite alle Regioni.

I Piani Sanitari Regionali (PSR), stretti a loro volta nel processo di de-evoluzione infraregionale, devono essenzialmente adottare la stessa logica proponendosi come lo strumento attuativo che metta assieme obiettivi di salute e di assistenza sanitaria e individuare interventi diretti e, soprattutto, programmi di iniziativa locale a livello aziendale e interaziendale, nel rispetto delle autonomie (e delle responsabilità) delle Aziende sanitarie da un lato e degli Enti locali dall'altro. Il quadro emergente è l'evoluzione del SSN verso un Sistema sanitario interregionale, reso unitario («nazionale») rispetto al sistema delle garanzie da tre elementi fondamentali individuati dal PSN, che comprendono i servizi che devono essere uniformemente offerti da tutte le Regioni, il livello di finanziamento «adeguato» ed il modello di funzionamento del sistema e assumono pertanto il significato esplicito di parametri di convergenza dei sistemi sanitari regionali.

Anche per questa esigenza di armonizzazione delle scelte autonome dei diversi livelli di responsabilità in cui si articola il SSN, la programmazione strategica riveste un ruolo chiave nella riforma Bindi del sistema sanitario (D. L. n. 229/99). Gli strumenti principali attraverso cui essa si realizza concretamente sono rappresentati dal Piano sanitario nazionale e dai Piani sanitari regionali, che devono a loro volta tradursi in piani attuativi locali. Un tratto caratteristico del nuovo processo programmatico è la sua «circularità», cioè la partecipazione di tutti i soggetti istituzionali a tutti i livelli di elaborazione delle proposte e di verifica dei risultati ottenuti. In questo modo si realizza pienamente il binomio autonomia - responsabilità di tutti i livelli decisionali (nazionale, regionale e locale), caratteristico dei sistemi

a forte impronta federale, di cui quello sanitario è stato il principale precursore attraverso la «regionalizzazione» della programmazione sanitaria.

Il Piano sanitario nazionale è lo strumento di indirizzo generale della politica sanitaria del paese, in quanto fornisce indicazioni sui settori di intervento prioritari e sugli obiettivi di salute da conseguire su tutto il territorio nazionale. Le Regioni non solo approvano il PSN (in quanto è necessaria la preventiva intesa della Conferenza Stato - Regioni), ma partecipano anche alla sua elaborazione mediante la formulazione di proposte per la sua stesura, in base alle specifiche esigenze della realtà locale. In modo analogo, a livello regionale, non solo la proposta di PSR è sottoposta alla conferenza rappresentativa delle autonomie locali istituita a livello regionale dalla riforma, ma è assicurata anche la partecipazione delle autonomie locali alla elaborazione delle sue linee di indirizzo assieme agli altri organismi e forze sociali interessati, come le organizzazioni sindacali, gli Ordini dei medici, le Università di medicina, le associazioni di volontariato e le Aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere.

Quindi, ancor prima della approvazione definitiva da parte del Consiglio regionale, il Piano sanitario si arricchisce dei contributi di tutti i soggetti che saranno direttamente coinvolti dalla sua attuazione a livello locale. In questa stessa fase, precedente alla approvazione definitiva da parte del Consiglio regionale, il Piano sanitario è inviato al ministero della Sanità che esprime un parere sulla sua coerenza con le linee di indirizzo

del Piano sanitario nazionale. In questo processo è coinvolta l'Agenzia per i Servizi sanitari regionali che esprime al ministero un parere in base all'analisi tecnica della proposta di Piano Regionale. L'atto formale di approvazione del Piano sanitario da parte del Consiglio regionale si realizza, quindi, in piena autonomia e responsabilità, ma avviene solo dopo una serie di passi che prevedono il coinvolgimento verso il basso (organizzazioni e istituzioni locali) e verso l'alto (ministero) di tutte le figure interessate per garantire, da una parte, la valorizzazione delle specificità locali assicurando nel contempo l'obiettivo di conseguire, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, i livelli di assistenza e gli obiettivi di salute concordati. Il Piano sanitario nazionale attualmente vigente si riferisce al triennio 1998-2000. Sette Regioni (Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche e Abruzzo) e la Provincia autonoma di Bolzano possiedono un Piano sanitario valido per il 2000, e rispondente alle linee di indirizzo espresse nel PSN. Di queste, solo la Liguria ed il Friuli Venezia Giulia hanno adottato il provvedimento successivamente all'emanazione del decreto di riforma, seguendo l'iter di approvazione qui descritto; le altre possedevano già dei Piani sanitari validi fino a tutto il 2000 o il 2001. Altre sette regioni (Lombardia, Lazio, Campania, Puglia, Calabria, Sicilia e Sardegna) nonché la Provincia autonoma di Trento non in fase di elaborazione del Piano, in alcuni casi molto avanzata, come ad esempio la Puglia, che ha già ottenuto la approvazione della Giunta Regionale, o il Lazio e la Sicilia, che hanno predisposto bozze di piano già in fase avanzata di discussione. Il Piano sanitario delle altre regioni (Piemonte, Valle d'Aosta, Veneto, Molise, Basilicata) era valido fino al 1999, e quindi è ancora troppo presto per aspettarsi nuove proposte.

PIANI SANITARI REGIONALI ADOTTATI IN ATTUAZIONE DEL PSN 1998-2000

Regioni e Province autonome	Piani adottati	Piani in corso di adozione	
		Già approvati dalla Giunta	In fase di elaborazione
■ Piemonte	PSR 1997-1999*		
■ Valle d'Aosta	PSR 1997-1999*		
■ Lombardia			PSR 1999-2001
■ Bolzano	PSP 2000-2001		
■ Trento			PSP 2000-2001
■ Veneto	PSR 1996-1998 e successivi progetti obiettivo*		
■ Friuli V. Giulia	PSR 2000-2001**		
■ Liguria		PSR 1999-2001	
■ Emilia Romagna	PSR 1999-2001		
■ Toscana	PSR 1999-2001		
■ Umbria	PSR 1999-2001		
■ Marche	PSR 1998-2000		
■ Lazio			PSR 1999-2001
■ Abruzzo	PSR 1998-2000		
■ Molise	PSR 1997-1999*		
■ Campania			PSR 1999-2001
■ Puglia		PSR 1999-2001	
■ Basilicata	PSR 1997-1999*		
■ Calabria	PSR 1997-1999*		bozza
■ Sicilia			bozza
■ Sardegna			bozza

*I PSR sono stati adottati prima dell'emanazione formale del PSN 1998-2000, ma hanno tenuto conto degli indirizzi dello stesso.

**I PSR del Friuli, denominato "piano in intervento a medio termine per il triennio 2000-2002", è stato adottato in via definitiva dalla Giunta regionale con atto n.3854 del 10.12.1999; non è prevista una successiva approvazione consiliare ai sensi dell'art. 3, comma 5, della L.R. 15.6.1993, n.41.

Fonte: Dipartimento della programmazione del Ministero della Sanità

Schema

FIRENZE

Consiglio Cambiano le regole

Cambia e si «ammoderni», alla luce anche della legge 285/98, il regolamento del Consiglio comunale di Firenze. In votazione lunedì prossimo, le nuove disposizioni sono state presentate nei giorni scorsi dal presidente del Consiglio comunale Alberto Brasca e dal presidente della Commissione affari istituzionali Massimo Pieri. Entrambi sono concordi nel mettere in luce la stretta collaborazione tra maggioranza e minoranza per arrivare «ad un regolamento di tutti».

Una decina le innovazioni più significative, tra le quali la possibilità per i consiglieri di presentare direttamente in Consiglio ordini del giorno, senza più il «filtro» delle Commissioni. La stessa possibilità si avrà anche per le mozioni urgenti, stante l'accordo tra presidente e capigruppo.

Il nuovo regolamento riduce poi il numero legale, dalla metà ad un terzo, per i lavori delle Commissioni, che potranno anche usufruire di un budget per iniziative e attività come convegni.

Un articolo è invece interamente dedicato alla sedute del Consiglio comunale aperto. Le nuove disposizioni specificano poi i compiti dei dipendenti dei gruppi consiliari, che potranno anche assegnare incarichi professionali per le attività istituzionali.

Introdotta anche la possibilità di costituire un coordinamento tra i gruppi di maggioranza e minoranza.

Il regolamento prevede infine la possibilità per i consiglieri di trasformare il gettone di presenza in un'indennità di funzione. A proposito degli aumenti di «stipendio» chiesti dai consiglieri, Alberto Brasca ha spiegato che se è prematuro fare anticipazioni prima del varo del decreto, il problema è comunque reale per assicurare un «serio lavoro» in Consiglio e nelle Commissioni. Attualmente, ha spiegato infatti, le cifre percepite dai consiglieri sono «da volontariato».

Secondo le proposte fatte, dalle attuali 90mila lire circa si passerebbe a 250-300mila lire a presenza, garantendo al tempo stesso un'autoregolamentazione rigida perché nessuno se ne approfitti. L'idea sulla quale si va verso l'accordo è anche di stabilire un tempo minimo di partecipazione alle sedute.

ANZIANI

Lombardia, la giunta e l'assistenza elettorale

LIVIO MELGARI - Segretario regionale Spi-Cgil Lombardia

Tutta la buona volontà promozionale dell'assessorato regionale all'Assistenza e le campagne pubblicitarie autocelebrative della Giunta lombarda, di queste settimane, non sono riuscite né a rimuovere né a scalfire il fatto che siamo in presenza di un Piano socio assistenziale che non solo giunge in notevole ritardo, ma vi giunge in maniera largamente insufficiente e scollegata dalla realtà.

Eppure il IP PSA regionale avrebbe potuto realmente rappresentare il recupero di ritardi e l'attuazione di scelte e percorsi condivisi, come la promozione di un fondo per la non-autosufficienza o il reinserimento della psichiatria in ambito socioassistenziale e non solo sanitario.

In Lombardia con obiettivi da consolidare, come il 3,5 per cento di posti letto in RSA, calcolati sulla popolazione con più di 65 anni, c'è infatti una realtà da migliorare e promuovere. Basti pensare alle condizioni di vita di vastissime aree di pensionati e anziani, alla qualità dei servizi nelle strutture socio-sanitarie e assistenziali, all'informazione e alla partecipazione degli

autenti e delle loro rappresentanze nelle sedi decisionali, al sostegno da fornire alle famiglie chiamate a far fronte ai problemi della non-autosufficienza.

C'è bisogno di idee e strumentazioni nuove, che le leggi nazionali di riforma della sanità e dell'assistenza propongono e che in Lombardia non vengono recepite, mentre ritarda e non si promuove lo sviluppo dell'assistenza domiciliare integrata, dei centri diurni, di ambienti sociali e culturali di inserimento, dando prospettiva a un'età della vita storicamente emarginata.

Ci sono problemi come la sicurezza sociale, che tanto e spesso eccessivi allarmismi ha creato in particolare tra le persone anziane, che vanno affrontati sul terreno della ricostruzione di un tessuto sociale solidale, di rapporti di buon vicinato, di recupero ambientale e di presenza di servizi e autorità civili nei quartieri.

C'è la necessità di promuovere ambienti di vita salubri, vivibili, accessibili, sottraendoli al predominio delle automobili, riconsegnando piazze, marciapiedi, giardini e parchi alla fruibilità della gente, alla

socialità.

Di tutto questo nel piano c'è ben poco e quando pure i problemi vengono richiamati, resta molto forte l'impressione che siano stati messi lì per concorrere a definire un PSA che ha più fini elettorali che realmente operativi. C'è infatti una distanza abissale tra l'immagine che questa Giunta, anche con strumenti come questo, cerca di dare di sé e della sua amministrazione e la realtà quotidiana, fatta di pesanti disagi e di costi spesso scaricati sulle aree più deboli ed esposte della società lombarda. Che nesso c'è infatti tra un PSA che doveva recepire l'impegno, concordato e sottoscritto con il sindacato, di perseguire la totale copertura dei costi sanitari per le famiglie che hanno anziani nelle RSA e la pesantissima raffica di aumenti delle rette che dal 1° gennaio si stanno applicando in moltissime case di riposo della Lombardia? Dov'era e da che parte guardava la Giunta regionale mentre gli enti gestori decidevano questi aumenti?

È emblematico che per tutto il mese di dicembre, presidente e assessori, siano an-

dati in giro per la Lombardia a promuovere il PSA senza trovare il tempo di ricevere e di rispondere al sindacato che, fin da primi giorni del mese, aveva denunciato quanto stava succedendo nelle case di riposo e richiesto un urgente incontro.

È significativo che, mentre si promuovono piani strategici, non si trovi il tempo per legiferare su questioni già discusse e definite, come i contratti tra ASL e RSA o i criteri di accreditamento, che possono rappresentare passi avanti, magari limitati, ma concreti. Vogliamo comunque continuare a credere che, in sede di incontro, la Giunta regionale ritrovi attenzione e disponibilità su tutti questi temi, concorrendo a impedire il determinarsi di situazioni di ingiustizia sociale sul territorio, dando continuità ad impegni e accordi sottoscritti e recependo le necessarie modifiche al PSA prima della sua approvazione. I tempi però sono molto stretti e i disagi di pensionati ed anziani profondi e reali. Come sindacato, unitariamente, fatte le necessarie verifiche e valutazioni, prenderemo tutte le decisioni necessarie.

