

## **VENETO: IL SISTEMA SOCIO-SANITARIO CHE VOGLIAMO**

### **Riflessioni e proposte, aggiornate dopo il Covid-19**

#### **Premessa.**

Siamo impegnati da tempo, come professionisti, parti sociali, volontari e come semplici cittadini utenti, sulle problematiche del Sistema socio-sanitario del Veneto, in una ottica di salvaguardia della universalità e uguaglianza del Servizio Sanitario Nazionale.

A tal proposito abbiamo prodotto alcune elaborazioni (rintracciabili nel sito verso-online.com), frutto di un lavoro collettivo di ricerca che abbiamo sviluppato come Associazione Aps (Associazione di Promozione Sociale) Ve.R.So (VenetoRicercaSociale) sui temi del welfare e delle politiche sociali. Abbiamo anche abbozzato un ulteriore lavoro di analisi così articolato: gli ultimi dieci anni di sanità in Veneto; il ruolo dei Comuni e il sociale; un progetto sulla salute mentale (e conclusa con gli aggiornamenti statistici anche la dispensa sul reddito di inclusione/cittadinanza).

**Quanto è accaduto con la pandemia da un lato e l'importante dibattito che ne è seguito dall'altro ci ha indotto a produrre questo documento, che offriamo come contributo a tutti coloro che, a vario titolo, incrociano i temi della sanità e del sociale - cittadini compresi - e che rimane la base per ulteriori lavori di ricerca della nostra Associazione.**

Abbiamo seguito con grande attenzione il dibattito che si è sviluppato nel Paese su quanto è avvenuto nella sanità e nel sociale a causa del Covid-19.

Innanzitutto la tenuta del Servizio sanitario pubblico è considerata oggi nella coscienza collettiva un obiettivo da salvaguardare e rafforzare rispetto all'impoverimento avvenuto negli ultimi anni. Come di grande valore è, finalmente, il riconoscimento delle professionalità, delle lavoratrici e dei lavoratori, che sono in campo per alleviare le sofferenze e salvare le vite umane. Lavoratrici e lavoratori pubblici che fino a poco tempo fa non venivano riconosciuti socialmente ed economicamente. Vedremo in futuro se questi riconoscimenti saranno mantenuti e rafforzati.

In premessa va fatta chiarezza su un punto - che si sta affermando soprattutto nei media - per cui, nel confronto tra la Regione Lombardia e la Regione del Veneto, si riconoscono al Veneto politiche socio-sanitarie che nell'emergenza hanno retto meglio rispetto a quelle che si sono affermate in Lombardia, dove, secondo molti osservatori, hanno aggravato le conseguenze della pandemia in termini di infezioni, ricoveri e decessi.

Rappresentiamo sinteticamente la nostra valutazione, che emerge in maniera articolata nel proseguo del documento:

- la Regione **Lombardia** negli ultimi decenni ha scelto una sempre più forte centralità dell'ospedale puntando alla massima specializzazione, ha abbandonato il territorio e il ruolo dei distretti, ha svilito i medici di medicina generale, ha fortemente incentivato la sanità privata, non ha creduto nell'integrazione socio-sanitaria. E' una impostazione proclamata, perseguita in maniera convinta e difesa sempre (anche di fronte ai numerosi casi di corruzione). Non serve motivare e sviluppare questa analisi in quanto questa è la sintesi del giudizio apparso in innumerevoli scritti, commenti, confronti in quasi tutti i mass media e riviste specialistiche.

- quel che è meno noto è che il **Veneto, che ha ancora un buon modello e una buona organizzazione**, ha intrapreso da qualche tempo - in particolar modo con l'ultimo Piano socio sanitario 2019-2023 - la stessa impostazione, ovviamente con le peculiarità venete: si sta riorganizzando la rete

ospedaliera verso poli superspecializzati, si tagliano posti letto pubblici e si aumentano quelli privati, si ridimensionano i distretti e si taglia di netto nei servizi territoriali e nella prevenzione, salta la storica integrazione socio-sanitaria - che era un vanto della nostra Regione - minimizzando il ruolo dei Comuni; si afferma un centralismo regionale caratterizzato da un dirigismo esasperato, si assiste ad un continuo taglio degli organici e delle professionalità, in particolare nel territorio. Tutte cose che hanno pesato non poco durante l'emergenza.

L'inizio dello smantellamento del "modello veneto" è stato – per ora – fermato dallo scoppio dell'epidemia di Covid-19, ma è molto probabile che riprenderà quanto prima, se non si rafforzerà una nuova consapevolezza della posta e dei valori in gioco.

Per questa valutazione di merito riteniamo indispensabile che venga sospesa **l'attuazione dell'ultimo Piano Socio Sanitario** - approvato dalla maggioranza che governa la Regione – e si avvii una nuova stagione di discussione e partecipazione, coinvolgendo gli esperti, gli ordini professionali, le parti sindacali, i Comuni, il Terzo settore, per predisporre un nuovo Piano che renda credibile, sostenibile, equo, il Servizio socio-sanitario a livello regionale e nei singoli territori. E a questo proposito siamo impegnati a mettere a disposizione le proposte di merito contenute nell'allegato al documento.

Dobbiamo inoltre tenere conto che l'emergenza determinata dalla pandemia Covid-19 ha prodotto pesanti effetti sulla vita di tutti i cittadini, ancor più gravi per le persone in condizione di fragilità personale, relazionale, economica, abitativa, per le persone affette da sofferenza mentale, in condizioni di disabilità, da malattie croniche, per le persone con forme diverse di dipendenza, per le persone prive di reti di sostegno. Pur trattandosi di un'emergenza a prevalente connotazione sanitaria non va quindi sottovalutato l'impatto che essa produce sulla dimensione quotidiana, relazionale, sociale ed economica delle persone, in quanto è unanimemente riconosciuto che questa emergenza determinerà conseguenze a lungo termine nel "corpo sociale".

Incertezza, disorientamento e preoccupazione per il futuro vanno affrontati con misure ed interventi tempestivi ed efficaci, utilizzando strumenti necessariamente diversi e alternativi, compatibili con le misure di protezione dal contagio, ma comunque realmente rispondenti alle problematiche e ai bisogni già presenti e a quelli inediti derivati dalla crisi.

Diventa pertanto determinante potenziare la ricerca e la sperimentazione di nuove strategie sui molti fronti del disagio emergenti o amplificati in questo contesto.

## VALUTAZIONE DELLA POLITICA SOCIO- SANITARIA DELLA REGIONE VENETO.

Le vicende legate al Covid-19 hanno messo a dura prova il Sistema socio-sanitario veneto e rendono urgente una valutazione sull'evoluzione del "modello veneto", e sulla distanza fra enunciazioni e realizzazioni del Governo regionale.

A tal proposito può essere utile ripercorrere brevemente l'origine e l'evoluzione del "modello veneto", sino al 2010, inizio dell'Amministrazione che ancora governa la Regione.

### 1. NASCITA ED EVOLUZIONE DEL "MODELLO VENETO".

#### 1.1. Dagli albori alla "Riforma della Riforma" del 1992.

Il c.d. "modello veneto" dell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali ha una lunghissima gestazione. È strettamente connaturato alla cultura e tradizioni venete. È noto che gli ospedali nascono con la pubblicizzazione delle IPAB (Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza) per effetto della riforma ospedaliera "Mariotti" del 1968. Il Veneto era (è tuttora) ricchissimo di IPAB, anche in virtù della cultura e presenza sociale cattolica, essendo essenzialmente il risultato di donazioni stratificatesi nel tempo, con un fortissimo radicamento sociale e locale. E quindi la Regione del Veneto, appena avute le prime competenze sulla materia (1973, poi perfezionate con il DPR 616/77) ha dovuto subito provvedere ad una prima programmazione sul territorio (L.r. 12/1974). Infatti data la "spontanea" nascita delle IPAB (e quindi degli ospedali) queste/i non erano certo ben distribuiti. Il confronto con le comunità locali non fu semplice e durò anni, ma alla fine produsse un sistema sanitario con un equilibrato rapporto ospedale- territorio. Infatti furono riconvertiti molti posti letto ospedalieri (erano 43.810, e con quelli psichiatrici arrivavano a 52.969!) in strutture territoriali di prevenzione e assistenza primaria. Dal punto di vista organizzativo e assistenziale il Veneto (L.r. 64/1975) con i "Consorzi sociosanitari - Ulss", espressione delle autonomie locali, anticipò la originaria Riforma sanitaria (L. 833/78), che istituì le Unità sanitarie locali.

Queste le premesse, in estrema sintesi. Non c'è da stupirsi quindi se la prima vera e propria programmazione dei servizi sanitari - in omaggio e continuità con questa impostazione - viene stabilita con il "Piano sociosanitario 1982-84" (L.r. 13/84), che contestualmente definisce organizzazione e politiche sia per l'assistenza ospedaliera che per quella territoriale.

Ecco l'origine del "modello veneto", decenni prima dell'attuale stagione politica...

Chi erano gli attori, politici, istituzionali e sociali.

**Politici.** Innanzitutto la DC (la cui storia e caratteristiche relativamente alla cultura e insediamento sociale, sono troppo noti per essere qui ricordati), ma anche l'opposizione di allora (PCI in particolare), che nel merito ha sempre attivamente sostenuto tale modello.

**Istituzionali.** I Comuni venivano costantemente consultati (talvolta con confronti aspri sulla riconversione degli ospedali), ma comunque protagonisti della programmazione e gestione dei servizi. Le Università, con le loro eccellenze assistenziali e formative.

**Sociali.** Le organizzazioni sindacali, il composito mondo del sociale, le professioni, egualmente protagoniste, in un rapporto a volte dialettico (i confronti con i tempi attuali ognuno potrà agevolmente farli...).

La abbondante produzione normativa della Regione prosegue con successivi provvedimenti:

- L.r. 595/85 "Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario triennale 1986-88";

- "Piano sociosanitario 1989-91" e "Piano sociale regionale 1989-91".

A dimostrazione dell'efficienza programmatica e della costante attenzione all'adattamento dell'offerta ai nuovi bisogni di salute (più prevenzione e riabilitazione, e appropriatezza della cura).

Nella panoramica storica, a proposito delle riforme degli anni novanta, va sottolineato a livello nazionale l'aspetto della "aziendalizzazione" Usl: i diversi modelli organizzativo-gestionali hanno interpretato in modi più o meno rigidi l'equiparazione del sistema sanitario ad un'azienda.

Se si ragiona in termini strettamente aziendalistici viene messo al centro della *mission* il budget anziché i bisogni delle persone. L'ampio ricorso alla privatizzazione dei servizi sanitari - spesso di fatto tradotto in "delega" al privato anziché in sussidiarietà... - ha rafforzato questa logica, di preminenza dei fattori remunerativi e di efficienza del sistema, tralasciando preoccupazioni di efficacia. Questo è alla base della

logica “concorrenziale” (le cui conseguenze pratiche sono poi ben declinate nel proseguo del documento), e della conseguente risposta al bisogno sanitario semplicemente in termini di prestazioni (= curare anziché prendersi cura), che di per sé non possono includere né processi di prevenzione né l’integrazione del sanitario con il sociale. Il sempre maggiore spazio al privato tende a svuotare il pubblico: e questo non solo equivale ad attenuare – fino a negare – le garanzie costituzionali di diritto alla salute e di diminuzione delle disuguaglianze, ma risulta anche meno efficace sul piano strettamente della salute pubblica (v. quanto descritto dal documento sulla Lombardia).

## **1.2. Dalla “Riforma bis” del 1992/93 e “Riforma ter” del 1999 all’emergenza “Covid-19”.**

Giova ricordare in premessa che in Italia - complice anche la forte autonomia costituzionalmente garantita alle Regioni proprio in sanità – si sono consolidati diversi “modelli” organizzativo-gestionali. Volendo semplificare al massimo questi si possono ricondurre a due diverse filosofie.

**La prima – quella “concorrenziale”** – incentra la sua azione sulla “prestazione”, sul singolo atto (complesso o semplice che sia), lo riconosce e remunera (il DRG e il nomenclatore tariffario per le prestazioni specialistiche). La Regione ha un ruolo più che programmatico, regolatorio, con forte protagonismo dei gestori, pubblici e privati, messi in concorrenza. L’esempio più eclatante di questa filosofia è la Lombardia. Ed infatti questo modello è ospedalcentrico, poco territoriale e ancor meno integrato.

**La seconda – quella “programmatoria”** – guarda maggiormente ai bisogni della persona e della collettività in modo unitario e non separabile (approccio “olistico”). Quindi è più importante la presa in carico, la continuità assistenziale, l’integrazione sociale-sanitario. La Regione ha un ruolo programmatico e vi è la preminenza del pubblico, con il privato che ha una funzione integrativa. L’esempio più eclatante di questa filosofia è stato il Veneto (anche l’Emilia Romagna, Toscana e altre).

Capisaldi di questa impostazione sono più Delibere di Giunta (una per tutte la Dgr 3223/2002 che contiene la programmazione dei posti letto ospedalieri pubblici e privati) assunte dopo il Parere della V Commissione, e costanti consultazioni con i Comuni, sindacati, le Università ecc. La riorganizzazione della rete ospedaliera (con i tagli/riconversioni dei posti letto) portava sostanzialmente a regime questo comparto di cura, senza bisogno di altri sostanziali interventi.

Esaminando il complesso dei provvedimenti assunti nella prima metà di quella legislatura sono verificabili tutti questi assunti.

Il primo “Piano socio-sanitario 2012-16” della nuova Amministrazione ancora risente della pregressa impostazione e quindi nel complesso appare positivo: a fronte di ulteriori tagli ai posti letto ospedalieri (non proprio indispensabili...) programma almeno altrettanti investimenti in strutture territoriali (ospedali di comunità, hospice ecc.) e un potenziamento del territorio. Ma mentre i tagli vengono fatti, le attivazioni solo per circa la metà e con molto ritardo.

## **1.3 Piano socio-sanitario 2012-16**

Infatti, la prima macro incongruenza riguarda l’attuazione del Piano, presentato al tempo come grande prova della capacità programmatica della Giunta.

Piano nel complesso ben strutturato, condivisibile nelle linee generali, nelle indicazioni degli standard, ecc. Frutto probabilmente ancora di una “intelligenza” del Sistema; non a caso, furono davvero consultati gli Ordini professionali, le organizzazioni sindacali, i Sindaci, le Università ecc.

Purtroppo, la sua attuazione è stata un mezzo fallimento. Ad es., a fronte di un massiccio taglio di posti letto ospedalieri (-1.219), era stata programmata la contestuale attivazione di posti letto nelle strutture territoriali (Ospedali di comunità, Unità territoriali riabilitative, Hospice); un anno fa, al varo dell’ultimo Piano socio-sanitario (2019-’23), ne erano stati attuati mediamente il 50%, mentre i tagli ospedalieri risultano tutti eseguiti!

## **1.4 La riforma del Servizio Sanitario Regionale (L. r. 19/2016)**

L’attuazione della legge 19 è emblematica della dicotomia anche fra norma e sua attuazione, al momento imperante. Quanto “recuperato” rispetto ai limiti evidenziati fra il Pdl 23 della Giunta e la legge 19 varata dal Consiglio (vedasi precedenti documenti di VERSO), è stato annullato dalle Linee guida sugli Atti aziendali. L’art. 24 della legge 19 sancisce che la Programmazione sanitaria aveva valore sino al 31/12/2018 e comunque sino al successivo Piano. Le Linee guida sugli Atti aziendali modificano sostanzialmente

quanto previsto, per la parte territoriale. A parte il depotenziamento dei Distretti, la consultazione sistematicamente di facciata dei Comuni, c'è la drastica destrutturazione dell'organizzazione territoriale (es. da 467 a 276 apicalità).

La motivazione di tutto questo va ricercata nel ritorno dell'ospedalocentrismo (le Schede ospedaliere non vengono toccate) e nella scarsissima sinergia fra i vari attori: Sanità pubblica, privata, Comuni, Terzo settore ecc. È intuitivo e dimostrabile che la prevenzione e un modello integrato socio-sanitario premiano (oltre alla qualità della salute, che rimane decisiva) anche dal punto di vista dell'ottimale uso delle risorse e, quindi, nella logica costi-benefici.

Le linee di tendenza però appaiono chiare: centralismo regionale, dirigismo esasperato, tagli alle strutture territoriali, Comuni, Ordini professionali e OO.SS. marginali.

### **1.5 L. r. 19/2016 (l'Azienda Zero)**

Molte Regioni hanno un'Agenzia (o hanno definito Aree vaste) per la ottimale gestione degli acquisti, il sistema informativo, la formazione ecc. ma pochissime regioni hanno una Azienda (l'Azienda Zero) che di fatto svuota le AULSS (di fatto ASL) di ogni potere e sottrae funzioni alla stessa Regione; nonostante qualche correzione apportata dal Consiglio Regionale.

Qualsiasi funzione tecnica (personale, acquisti, formazione, spesa accentrata regionale ecc.) è di sua competenza, come pure tutta l'attività istruttoria della Programmazione regionale, e molto altro. E l'enorme apparato (una ventina di Dirigenti), di fatto reso possibile - a costo zero - dai tagli alle strutture territoriali (vedasi commento sulle Schede territoriali)!

### **1.6 Piano sociosanitario veneto 2019-23 (L. r. 48/2018) e problematiche aperte.**

Svariate enunciazioni (alcune delle quali, come tali, condivisibili) sono smentite dalle politiche concretamente attuate e citiamo alcuni esempi:

#### **Promozione della salute e prevenzione fattori di rischio.**

Appare condivisibile una forte enfasi su questo tema, con un rafforzamento del Dipartimento di Prevenzione (che al pari del Distretto "forte" è la novità organizzativa più evidente). Viene anche istituita un'Autorità regionale di controllo e coordinamento per queste politiche, con una regia degli interlocutori, istituzionali e non.

Peccato che ancora ci siano proteste per gli organici e i poteri ad es. degli SPISAL (Servizio di Igiene e Prevenzione negli Ambienti di Lavoro), e che i veterinari abbiano spesso polemizzato per gli stessi motivi. E in ogni caso l'assetto organizzativo del Dipartimento (definito con le Linee guida per l'Atto aziendale del 2017) non appare idoneo a sostenere questa mole di funzioni e responsabilità, in particolare per le AULSS a valenza provinciale.

#### **Salute mentale e dipendenze.**

Viene indicato come modello operativo la "psichiatria di comunità", mentre in realtà si propone una "psichiatria istituzionale", i cui centri di salute mentale sono ridotti a strutture di igiene mentale che svolgono attività meramente ambulatoriale e di diagnosi di stato, inviando i pazienti a strutture di ricovero, a seconda dello stato di gravità (spesso sono private, e i ricoveri possono protrarsi indefinitamente...).

Si sottolinea come sia previsto un finanziamento "fino" al 5% del fondo sanitario regionale (FSR), e non "del" 5%, come prevede l'indirizzo nazionale: in realtà nel Veneto è al 3%!

#### **Strutture e servizi territoriali**

Anche per le strutture e i servizi territoriali (RSA o Case di riposo) viene ribadita la previsione delle "3 a" della L. r. 22/2002 sull'accREDITamento (autorizzazione, accREDITamento, apposito accordo). Con la previsione di una rimodulazione tariffaria per rendere "omogenea" su tutte le strutture e su tutto il territorio la compartecipazione. Anche qui, su quali linee e con quali criteri? Gli unici dati di fatto sono il congelamento del numero di impegnative e del contributo regionale al 2009, mentre sono stati autorizzati fino al 25% in più i posti letto - rispetto ad un fabbisogno teorico - di residenzialità in regime totalmente privato non coperti da impegnative di residenzialità... Oltretutto con squilibri territoriali che consentono ad es. una copertura delle impegnative vicina al 100% dei posti accREDITati nel vicentino, e del 68% nell'entroterra veneziano!

Risultato: migliaia di famiglie, ancorché con altissimi punteggi Svama (Scheda di Valutazione Multidimensionale dell'Anziano che riassume la situazione di non autosufficienza dell'anziano) per il proprio parente assistito in struttura, pagano di tasca propria l'intera retta (dai 2.500 ai 3.000 € al mese).

Sono il 17% degli ospiti nelle strutture (fonte: Relazione sociosanitaria 2019) e costano ai familiari 120 milioni di euro all'anno!

### **Integrazione socio-sanitaria e welfare d'iniziativa.**

Da quanto emerge dall'analisi e dalla valutazione del percorso sviluppatosi nel tempo, il ruolo dei Comuni, per quanto enunciato e disciplinato secondo titolarità e procedure ben definite, fatica a concretizzarsi in termini di regolazione di sistema. Questo si verifica sia sotto il profilo della ricomposizione di politiche di welfare intese nel senso più ampio, sia in materia sanitaria, sociale e socio-sanitaria, ove si è via via determinato uno sbilanciamento di poteri a vantaggio dell'Azienda Ulss che di fatto è venuta ad assumere un ruolo sovraordinato.

Una tendenza accelerata in questi ultimi anni anche dalla dimensione provinciale dei territori delle Ulss introdotta con la legge 19/2016, con la conseguente necessità, posta in capo a centri decisionali percepiti ancora più distanti dagli enti territoriali, di omogeneizzare i modelli organizzativi antecedenti la legge, lasciando il più delle volte ai margini il ruolo delle istituzioni rappresentative e, quindi, della partecipazione. Questo quadro è accentuato dalla limitata propensione dei Comuni a fare gioco di squadra e dalla tendenza, che si va generalizzando, a delegare la gestione dei servizi alle Aziende Ulss. Resta da vedere in che misura, nei diversi territori e ambiti distrettuali, la delega sia effettivamente partecipata e "consapevole", quanto si traduca in effettiva integrazione socio-sanitaria, e si esprima concretamente attraverso meccanismi di controllo legati al monitoraggio del raggiungimento degli obiettivi e della congruità degli impegni economici messi a disposizione. In alternativa, vanno attivati strumenti quali la gestione associata tra i diversi comuni per recuperare l'esercizio effettivo della titolarità delle funzioni. Gestione associata che i Comuni possono utilizzare anche per promuovere relazioni e accordi anche su più estese basi territoriali in relazione alle sfide da affrontare e alle risorse da condividere, anche al di là della sola integrazione socio-sanitaria.

I nuovi Piani di zona devono restituire protagonismo alle comunità locali e ritrovare la cultura della programmazione in quanto espressione di politiche di welfare che solo l'Ente Comune è in grado di formulare integrando le sue competenze con la piena valorizzazione di tutti i soggetti della rete territoriale. La dimensione culturale diventa centrale nello sviluppo di un sistema a rete - in cui il target diventano la comunità e il contesto in cui le persone vivono - e nella capacità di elaborare indirizzi ed interventi che vadano oltre la logica della sola protezione/tutela per puntare sulla prevenzione e sull'attivazione di risorse personali e relazionali, e sulla qualità della vita comunitaria. L'impegno è indirizzato alla ricerca di più avanzate forme di cooperazione tra l'Ente pubblico e tutti quei soggetti del territorio che concorrono ad orientare le scelte ed i comportamenti alla ricerca del bene comune.

Un'opportunità importante è sicuramente rappresentata dal terreno di confronto e dal modello organizzativo contenuto nel Piano regionale per il contrasto alla povertà 2018-2020. Il Piano presenta alcuni concetti-chiave sicuramente innovativi: la visione allargata del target di riferimento (la povertà non solo economica), l'evoluzione del modello di integrazione, un nuovo schema di governance basato sul superamento della frammentazione istituzionale ed organizzativa e, in particolare, il rafforzamento dei soggetti pubblici impegnati nel contrasto alla povertà e all'esclusione sociale, e il potenziamento delle reti territoriali.

La costituzione di specifici ambiti di intervento e dei relativi nuclei operativi (N.O.A.) - nei quali le Conferenze dei Sindaci assumono il coordinamento attraverso il tavolo territoriale per la rete della protezione e dell'inclusione sociale, ove si valorizza la componente tecnica e dei soggetti del terzo settore - rappresenta un'occasione per i Comuni di vedere recuperato il loro ruolo.

Al centro, previa garanzia della disponibilità di risorse, gli obiettivi fondamentali: un welfare generativo e dei diritti, l'affermazione dei livelli essenziali di prestazioni introdotti dal D.Lgs. 147/17 "Disposizioni per l'introduzione di una misura nazionale di contrasto alla povertà" e un nuovo modello di integrazione, non solo quella socio-sanitaria, fino ad oggi prevalente, ma anche socio-lavorativa e quella con le altre politiche proprie di un welfare di comunità.

### **1.7 Prevenzione, Distretto e Ospedale (ultime schede)**

La riorganizzazione delle AULSS, fortemente definita a livello regionale con insignificante margine di manovra a livello aziendale - non solo a livello di Direzione generale, ma ancora di più per il ruolo della Conferenza dei sindaci - ha portato ad una significativa diminuzione delle strutture territoriali: le 470 unità operative complesse previste dalle linee guida dell'Atto aziendale 2013 si sono ridotte a 308 con le linee guida dell'Atto aziendale 2017, le strutture semplici da 615 a 403. Per le strutture complesse sono state particolarmente penalizzate le aziende più grandi: Scaligera (da 72 a 39), Euganea (71 a 39), Marca Trevigiana (da 71 a 39), Serenissima (da 63 a 32), Berica (da 46 a 29); mentre Dolomiti (da 30 a 29),

Polesana (da 29 a 28), Pedemontana ( da 34 a 29) si mantengono in sostanziale equilibrio; infine la Veneto Orientale - la più piccola - è l'unica che “guadagna” (da 18 a 24).

Altri esempi:

- per i Servizi della salute mentale si è passati da 21 dipartimenti a 9, da 29 unità operative complesse a 20;
- per i Dipartimenti di prevenzione (da 21 a 9) le Unità operative complesse si riducono da 79 a 68, con una grave carenza di personale negli SPISAL e la conseguente riduzione della attività di prevenzione ed ispezione;
- Consultori familiari: dalle 138 sedi del 2011 si passa alle 106 sedi del 2018, e l'utenza assistita cala (- 4,8 tra il 2017 al 2018);
- Ospedali: rispetto alla programmazione del 2013, vengono tagliati 511 posti letto negli ospedali pubblici (da 14.576 a 14.065) e vengono invece aumentati 173 posti letto negli ospedali privati accreditati (da 2.942 a 3.115); in contraddizione con lo slogan lanciato con la L.r. 19/2016: gli ospedali non si toccano!

Vengono soppresse tutte le strutture che accolgono i pazienti post-acuti appena stabilizzati (le lungodegenze) e si vorrebbe “compensarle” prevedendo un aumento di strutture intermedie (Ospedali di comunità) che, per le loro caratteristiche assistenziali, non sono in grado di dare una risposta esaustiva a questa tipologia di pazienti. E con l'aggravante di una quota economica a carico del paziente dopo un determinato periodo di tempo di ricovero.

L'adeguamento della dotazione e delle strutture sanitarie di cure intermedie, deve essere attuato nel biennio 2019-2020, salvaguardando gli equilibri di bilancio, nel rispetto degli obiettivi e dei vincoli di costo assegnati con specifici provvedimenti, e compatibilmente con le risorse finanziarie assegnate a ciascuna Azienda sanitaria. L'attivazione e/o la disattivazione di posti letto, con particolare riferimento ai posti letto della lungodegenza, ospedali di comunità, recupero e riabilitazione funzionale, devono avvenire contemporaneamente, senza interruzione di servizio. Alla fine del precedente Piano socio sanitario (31 dicembre 2016) risultavano formalmente attivati 537 posti letto di strutture intermedie su 1400 programmati (DGRV 1714/2017); e risulta difficile pensare che entro il 2020 si raggiunga il numero previsto dal nuovo Piano di 2.013 posti letto.

### **1.8 Due precisazioni importanti**

#### **La prima riguarda le liste d'attesa.**

Il fallimento delle aperture serali e nei periodi festivi e prefestivi, è evidente: nel 2015 le visite specialistiche erano 193mila, nel 2018 sono scese a 134mila, 50mila in meno! Con appena 315 mammografie serali, nemmeno una al giorno. 136.203 visite totali per diagnostica di immagine su più di 4milioni (!).

Numeri impietosi, e neppure si sa quanto costano, perché non vengono forniti i dati. È però certo che si tratta di lavoro straordinario. Per non parlare delle sedi, a volte lontane decine di chilometri dall'abitazione, con disagi per gli utenti, specie se anziani.

#### **La seconda è il rapporto pubblico-privato.**

Innanzitutto, non è vero che i privati incidono solo per il 7% in Veneto (vedi dichiarazioni recenti dei vertici regionali). Il dato di confronto è palesemente errato, si devono paragonare dati simili, non un dato settoriale con quello generale!

Su questo tema si è assistito sulla stampa ad una guerra dei numeri. Da un lato Associazioni civiche, ACLI, Gruppo PD in Consiglio Regionale, che documentano come il privato sia in espansione) e dall'altra l'Assessore Lanzarin che ribatte, anche se non ha più insistito sull'indifendibile 7%...

Noi non ci vogliamo inserire in questa diatriba, ma restano ad es. le diminuzioni di posti letto ospedalieri nel pubblico e l'aumento nel privato, più sopra affermato, così come disposto dalle ultime Schede ospedaliere.

## **STRUTTURE EROGATIVE**

### **2.1. Prevenzione.**

Se c'è una politica che va assolutamente rilanciata, sviluppata in Veneto, questa è sicuramente quella della prevenzione.

Sembra ci si sia scordati delle indicazioni dell'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) sui determinanti della salute (economici, sociali, ambientali ecc.), che presuppongono politiche volte ad eliminare i potenziali fattori di rischio in tutti i settori della vita produttiva e sociale.

Se non si è in grado di volare così alto, almeno si attui una corretta prevenzione, primaria e secondaria.

E quindi per la prevenzione primaria politiche di educazione e promozione della salute per la popolazione e gli individui sani, e per quella secondaria attività di diagnosi precoce programmata o richiesta dal medico. In teoria si sa che queste dovrebbero essere le politiche, ma in pratica...

La cartina di tornasole è, come sempre, l'organizzazione che le deve attuare, e cioè i Dipartimenti di prevenzione. Che sono stati depotenziati quanto a strutture, mezzi e personale con l'accorpamento delle AULss, come detto. È necessario consentire concretamente agli Spisal, ai Servizi di Igiene, alla Veterinaria di fare vere politiche di prevenzione!

### **2.2. Distretto.**

Quanto proclamato nel precedente Piano sociosanitario 2012-16 - e poi regolarmente disatteso - va recuperato e attuato, aggiornandolo con le nuove esigenze emerse in questi mesi.

**2.2.1.** Va fortemente rilanciata l'organizzazione della medicina territoriale recuperando la progettualità delle MGI (Medicine di Gruppo Integrate, di fatto accantonate nel frattempo), all'occorrenza coordinandole/integrandole con altre nuove forme organizzative quali le USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale).

Si ritiene utile l'aggiornamento, integrazione regionale/aziendale del Contratto dei medici di medicina generale (per quanto reso possibile all'interno della normativa nazionale), con contrattazione di produttività a budget per obiettivi, non solo per il contenimento della spesa ma anche per qualità e produzione di salute, comprese attività preventive, di diagnosi precoce. Il paziente anche durante il ricovero rimane collegato al medico di medicina generale che si fa carico anche di individuare soluzioni utili alla dimissione; che non può essere automaticamente vista come il passaggio a strutture di ricovero di minor livello, ma deve prevedere soprattutto l'attività domiciliare. In questo senso, va superato il dualismo dell'assistenza degli operatori sociosanitari con l'assistenza infermieristica domiciliare: è necessario che questi operatori facciano riferimento a un unico coordinatore che si avvale di una cartella infermieristica territoriale per ogni singolo paziente assistito.

Questo pone il problema delle comunicazioni. È un controsenso che il medico di medicina generale (mmg) di fatto non acceda alla cartella clinica del paziente dell'AULss, compresi esami diagnostici, ricovero e quant'altro; come è un controsenso che il medico di pronto soccorso, o in genere ospedaliero, non possa consultare una corretta cartella territoriale. Oggi con l'informatizzazione questo problema è facilmente risolvibile, e per superare i problemi di privacy, basta l'autorizzazione del paziente.

Il mmg deve essere coinvolto anche nella segnalazione al Distretto di problemi sociali del paziente.

**2.2.2.** Vanno attivati tutti i posti letto e i servizi previsti nel territorio, a seguito dei tagli dei posti letto ospedalieri: Ospedali di comunità, Unità territoriali di riabilitazione, Hospice, Strutture e servizi per la salute mentale, la dipendenza, la disabilità. Come noto solo in minima parte attivati.

A tal proposito si potrebbe procedere ad una revisione delle norme regionali che regolano in modo rigido numero di posti letto, tipologia di strutture di comunità, durata massima di degenza per ogni singola struttura, prevedendo una definizione di un budget di spesa sociosanitaria, lasciando la programmazione alle AULss; anche in questo caso prevedendo una flessibilità e la definizione dell'offerta in base all'analisi della domanda e alle necessità reali, in accordo con i Comuni; stabilendo però a livello regionale i requisiti minimi di offerta di servizio. Anche in questo campo i contratti di convenzione pubblico/privati devono attenersi al "welfare mix"



### **2.3. Salute mentale nell'adulto, nella età evolutiva e nelle dipendenze.**

Risultano dispersi sia i contenuti che le modalità collaborative che avevano caratterizzato la costruzione del Progetto obiettivo regionale per la tutela della Salute mentale - triennio 2010-2012: (L.r. 5/1996, DGR n. 105/CR del 14/07/2009). Risulta necessario rilanciare il modello di salute mentale di comunità, con una attenzione sia alle persone seguite dai DSM (Dipartimento Salute Mentale) ma anche per la salute mentale di bambini, famiglie, anziani, persone con disabilità (ad es. autismo), e persone con uso di sostanze ovvero per tutti coloro che rappresentano le figure fragili della popolazione e per i servizi ad essi dedicati.

La salute mentale, intesa in questo modo, è un tema che riguarda l'ambito socio sanitario e, oggi, risulta inderogabile la necessità di reperire nuove risorse e nuove metodologie di finanziamento dei progetti alle persone. Un esempio è rappresentato nella metodologia del budget di salute, già insita nel principio della UVMD (Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale) ma che ne può costituire una importante evoluzione.

È necessario pensare, a fronte del cambiamento epocale, della minore disponibilità di professionisti e alla maggiore disponibilità di altri, a una riorganizzazione dei servizi che accentui le loro caratteristiche di dinamicità, personalizzazione degli interventi, efficacia, accessibilità. Tali principi sono ancora più determinanti se si pensa all'area della riabilitazione psicosociale che non si esaurisce nella residenzialità, parte specifica e limitata dell'intervento riabilitativo, ma nella creazione di dinamiche sociali che costruiscono quelle opportunità risultate, nelle esperienze del "modello veneto", efficaci alla tutela della salute mentale della persona. Vanno sviluppate offerte di servizi specifiche e dedicate ad aree particolari ma emergenti come quelle causate da nuovi bisogni, nell'ambito dei disturbi da uso di sostanze, della età evolutiva in particolare.

È necessario in sintesi pensare alla stesura di un nuovo Progetto obiettivo regionale, costruito con una metodologia partecipata e trasparente, che affronti questi e tutti gli altri punti che rendono oggi la questione della salute mentale, anche alla luce delle conseguenze della pandemia un punto cruciale e determinante per la salute della popolazione.

### **2.4. Integrazione socio-sanitaria, sociale e Piani di zona.**

Vanno valorizzati gli strumenti per la programmazione territoriale delle politiche integrate sociosanitarie e sociali quali i Piani di zona e il Piano di contrasto alla povertà, con il diretto contributo dei Comuni. Ciò per costruire concrete politiche per la famiglia, la coesione sociale, il contrasto al disagio, alla povertà e all'emarginazione.

La gestione del budget socio-sanitario va orientata al coinvolgimento delle Autonomie locali in un ruolo di governo. Ciò all'interno di una logica rispondente ai criteri di obiettivi di salute stabiliti negli accordi tra Comuni e AULSS.

In questo contesto può svilupparsi il rapporto con il privato convenzionato nell'ambito della riabilitazione, sia generica che specialistica, in una logica di "welfare mix", cioè direzione pubblica/ gestione privata.

Diventa necessario anche rimodulare il ruolo dei servizi sociali dopo l'emergenza:

- assicurando sostegno socio-relazionale a coloro che sono in condizione di fragilità promuovendo i percorsi riabilitativi, psicosociali e occupazionali, con l'aumento degli interventi di integrazione al reddito e contrasto dell'emarginazione;
- favorendo la collaborazione con le reti sociali presenti nelle comunità locali, supportando le persone che si prendono cura - care giver - migliorando le reti tra i servizi e supportando le strutture residenziali e semiresidenziali, prevedendo che una parte delle risorse sia utilizzata per la formazione e sensibilizzazione del volontariato;
- alzando ed ampliando lo sguardo di analisi per fornire elementi necessari alla programmazione in grado di cogliere le nuove vulnerabilità, i nuovi rischi, e le disuguaglianze presenti nei diversi territori che hanno spesso situazioni molto specifiche;
- prevedendo l'utilizzo di strumenti di lavoro integrati tra gli operatori e multiprofessionali potenziando gli strumenti telematici e i dispositivi tecnologici.

Individuare persone, nuclei, comunità vulnerabili in grado di cogliere il nuovo livello di esposizione delle stesse ad un maggiore rischio sociale. Per esempio, l'attenzione verso le famiglie e i minori di un territorio non può fermarsi a cogliere solo alcune fragilità come l'abbandono scolastico, la violenza, ma va anche indirizzata a sostenere le famiglie nei momenti di passaggio come la nascita, la separazione,

l'invecchiamento, aiutandole a sviluppare adeguate competenze genitoriali, educative, relazionali, affettive etc.

In questo contesto i Consultori Familiari rappresentano un servizio psico-sociale qualificato e riconosciuto dove il singolo e la famiglia sono accolti da équipes multidisciplinari che mirano ad interventi unificati e rispettosi delle complessità di cui ognuno è portatore. Come servizi territoriali ad accesso diretto e, si auspica, gratuito possono essere un presidio importante a tutela delle famiglie e dei soggetti più fragili, specie nella fase che stiamo attraversando. L'investimento in termini di risorse, come più sopra evidenziato, si è sempre più ridotto negli anni, portando ad un progressivo impoverimento che è necessario superare per riportare il servizio con le sue molteplici opportunità al ruolo originario di supporto e vicinanza alle famiglie.

Diventa in sostanza necessario rafforzare il "modello veneto" che fa del lavoro sul territorio e nelle comunità locali uno strumento di intervento importante a maggior ragione nella lotta al Covid-19 e alle conseguenze socio-sanitarie-economiche che lo stesso sta generando.

Potenziare la medicina di territorio, che comprende il potenziamento delle funzioni del distretto, il concorso reale dei Comuni alla programmazione sociosanitaria, la possibilità di investire di più sulla prevenzione. L'ottica ospedalocentrica, di fatto sempre più presente – richiama una forte esigenza e capacità di integrazione, non solo interna all'ambito sanitario, ma aperta al sociale, in primis ai servizi sociali: non è solo questione di valorizzare "il ruolo dell'infermiere di famiglia", ma di potenziare le professioni sociali affinché le risposte in termini di mere prestazioni si trasformino in reali progetti di aiuto socio-sanitario. È noto come anche storicamente le epidemie rientrino in quella che viene definita "medicina sociale".

Viene invocata una diversa distribuzione e gestione dei costi, che, a differenza di un sistema incentrato sull'ospedale e sulle prestazioni, produce maggiore efficacia e può diventare un investimento, utile anche per il post-pandemia.

## **2.5. Ospedale.**

**2.5.1.** Vanno fermati i tagli dei posti letto, in particolare in alcune aree dove si è al di sotto della soglia minima del 3 per mille, e ripristinata la lungodegenza, che non può essere sostituita dagli Ospedali di comunità (hanno funzioni ed organizzazione diverse).

**2.5.2.** Va riequilibrata l'eccessiva specializzazione verso l'Ospedale capoluogo di provincia, con la valorizzazione degli altri Ospedali, secondo criteri di prossimità ai bisogni di carattere generale della popolazione.

**2.5.3.** In previsione del ritorno di questa o dell'insorgenza di altre epidemie, va inserita questa esigenza nell'organizzazione ospedaliera (oltre che in quella territoriale). Non facciamoci trovare impreparati. In questo senso, grazie alle indicazioni e finanziamenti nazionali del D.L. 34/19 maggio 2020, vanno valutati positivamente i contenuti della Delibera regionale n.782 Allegato E del 16 giugno 2020.

## **2.6. RSA - Case di riposo**

**2.6.1.** Diventa centrale recuperare il colpevole ritardo, emerso anche nella emergenza Covid-19, per un governo pubblico di questo comparto. La situazione si è dimostrata particolarmente difficile con l'insorgenza della pandemia e nonostante i protocolli di isolamento (chiusura dei centri diurni che sono ovviamente a carattere semiresidenziale) e divieto di accesso ai parenti degli ospiti, imposti dalla Regione e dalle AULSS, le strutture di cui parliamo si sono dimostrate talvolta, le pubbliche come le private, permeabili al virus, con l'aggravante del contagio del personale, costretto quindi in quarantena senza possibilità di essere rimpiazzato.

**2.6.2.** In particolare si deve procedere con determinazione alla riforma delle Ipub, come avvenuto nella grandissima parte delle Regioni d'Italia, scegliendo la trasformazione in Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona (A.P.S.P) mediante la fusione e/o aggregazione delle Ipub esistenti.

**2.6.3** Si tratta inoltre di valorizzare il ruolo dei nuovi enti A.P.S.P. qualificandoli come soggetti della programmazione regionale e locale, identificandoli come partner, a fianco delle Aulss e dei Comuni, nei processi di razionalizzazione dell'offerta sociale e socio-sanitaria.

**2.6.4.** In questo quadro si dovranno superare contestualmente le attuali penalizzazioni (Irap e costi del personale) nel vigente regime di concorrenzialità tra soggetti pubblici e privati, garantendo uno stesso livello di sostenibilità.

**2.6.5.** Infine, facendo tesoro della esperienza di questa fase, sottolineiamo anche in questo contesto l'importanza strategica dei Servizi territoriali a partire dagli interventi di tipo domiciliare. Importante è stata la istituzione delle USCA che hanno dimostrato un ruolo strategico e specialistico di intervento diretto e di supporto alla emergenza, in particolare proprio presso i Centri servizi alla persona, le strutture residenziali per anziani non autosufficienti. Le Usca (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) dovrebbero pertanto essere maggiormente diffuse ed operare come una “task force” con personale adeguatamente preparato, con modalità di “protezione civile” solo con caratteristiche sanitarie.

Ciò impone una revisione ed implementazione della formazione di tutti gli operatori, medici compresi, ed una diversa impostazione organizzativa e funzionale del sistema sanitario e socio assistenziale.

Nella Delibera della Giunta Regionale n.782 del 16/6/2020, Allegati A e C si iniziano a trovare risposte a queste aspettative che ci auguriamo vengano rapidamente attuate.

## **2.7. Sanità integrativa-welfare aziendale**

**2.7.1.** Superare il sostanziale disinteresse dell'ultimo Piano socio-sanitario regionale su questo tema.

**2.7.2.** Avviare da parte della Regione un forte coinvolgimento delle parti sociali (datoriali e sindacali) per correggere aspetti non secondari della attuazione del welfare aziendale governando il processo già avviato con tanti limiti e distorsioni.

**2.7.3.** Nello stesso tempo scegliere decisamente, a livello nazionale e regionale, di contenere e controllare la sanità sostitutiva/le assicurazioni con l'obiettivo di evitare lo smantellamento per via surrettizia del Servizio Sanitario Nazionale e dei suoi fondanti principi.

## **POLITICHE GENERALI**

### **3.1. Compartecipazione alla spesa.**

Riconoscendo positivamente l'abolizione a livello nazionale del superticket dal 1° settembre 2020 va anche rimodulato il ticket ordinario, con maggiore attenzione ai redditi bassi e malattie croniche.

### **3.2. Liste d'attesa.**

Va organizzata una vera politica per il superamento o almeno la forte riduzione delle liste d'attesa, senza imbrogli quali il “galleggiamento”: i tempi decorrono non dalla richiesta dell'utente/prescrizione del medico, ma da quando l'AUISS richiama per fissare la data (spesso dopo settimane/mesi).

### **3.3. Personale**

Va strutturalmente superata la carenza di medici e personale sanitario, per consentire una migliore assistenza alla popolazione e condizioni di lavoro per gli addetti in linea con i contratti e non mortificanti le professioni.

### **3.4. Organizzazione e strumenti.**

**3.4.1.** Vanno ripensati gli ambiti territoriali delle AUISS (ne devono rimanere 9, o altra organizzazione?), trasformata l'Azienda Zero in una Agenzia, con competenze simili a quelle della maggior parte delle altre Regioni, per soddisfare in modo corretto le esigenze di centralizzazione di alcune funzioni tecniche, superando l'abnorme, totale accentramento di tutte le funzioni, come è ora.

**3.4.2.** Vanno rivisti i ruoli delle stesse Aziende sanitarie, con maggiori autonomie rispetto al dirigismo regionale attuale e maggiore confronto/collaborazione con i Comuni.

### **3.5. Pubblico-privato.**

Va superata la strisciante ma sempre più evidente privatizzazione del Servizio sanitario regionale, anche visto il risultato in Lombardia e gli insegnamenti che il Covid-19 ci ha purtroppo dato.

**Queste proposte rappresentano un contributo ad una discussione, che ci auguriamo si apra nella nostra Regione, per una nuova programmazione socio-sanitaria che affronti vecchie e nuove criticità del sistema. Rappresentano per noi anche la complessità dei temi sui quali, oltre alle elaborazioni sin qui compiute, intendiamo sviluppare in futuro il lavoro collettivo della nostra Associazione, auspicando che l'idea di "eccellenza" contenuta nella citazione con cui si conclude il nostro documento possa costituire l'orientamento consapevole e condiviso alla base dell'esercizio di responsabilità e competenze a diverso titolo coinvolte.**

*ECCELLENZA è*

*L'Eccellenza è un concetto multifattoriale: non la si fa solo con l'innovazione, l'alta tecnologia, le strutture edilizie, gli interventi straordinari.*

*L'eccellenza è anche una buona manutenzione ordinaria di tutte le attività.*

*L'esperienza ci dice che l'eccellenza la fanno le persone e su queste bisogna investire, per superare mediocrità, spesso dovuta più a demotivazione e stanchezza degli operatori che a reale mancanza di beni materiali.*

*L'eccellenza degli operatori comprende anche l'eccellenza dei manager che nella complessità della sanità richiede qualità e preparazione particolari, non impossibili da trovare laddove la competenza è accompagnata dalla capacità reale di riconoscere i bisogni, di chiedere collaborazioni qualificate, di programmare l'attività evitando di limitarsi a tamponare l'emergenza.*

*E l'eccellenza comprende anche quella dei decisori politici: la tutela della salute è una questione politica perché "il problema degli altri è uguale al mio" e dobbiamo sortirne tutti insieme. Lo diceva don Milani. Ce lo ha ricordato la pandemia.*

*Nerina Dirindin*

**DOCUMENTO A CURA DI VE.R.SO-VENETORICERCASOCIALE**  
**verso-online.com**

*Venezia 11 luglio 2020*