

Il “modello veneto” in sanità e la pandemia

Premessa.

Durante la prima ondata della pandemia da Covid 19 il Veneto fu unanimemente elogiato per il suo “modello sanitario”, a partire dal suo Presidente Zaia, che faceva intendere di averlo sostanzialmente inventato lui. Durante la seconda ondata il Veneto si sta rivelando maglia nera delle Regioni - con numeri impressionanti di contagi e di decessi - e da più parti si dice che il suo “modello” è fallito.

E' così? In che cosa consiste, quando è nato il modello e perché i risultati sono stati così diversi?

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. E’ strettamente connaturato alla cultura e tradizioni venete. E’ 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, che 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”, nato un po’ prima del 2010...

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 ricordati), ma anche l’opposizione di allora (PCI in particolare), che nel merito ha sempre attivamente sostenuto tale modello.

Istituzionali. I Comuni furono 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, furono egualmente protagoniste, seppur in un rapporto spesso dialettico.

I confronti con le odierne politiche e relazioni 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 programmatoria e della costante attenzione all’adattamento dell’offerta ai nuovi bisogni di salute (più prevenzione e riabilitazione, e appropriatezza della cura).

(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). La Regione ha un ruolo più che programmatorio, 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 ospedalocentrico, 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 programmatorio e vi è la preminenza del pubblico, con il privato che ha una funzione integrativa. L’esempio più eclatante di questa filosofia è il Veneto (anche l’Emilia Romagna, Toscana e altre).

Caposaldi di questa impostazione non è un unico provvedimento programmatorio (il Piano socio sanitario) ma più Delibere di Giunta (una per tutte la Dgr 3223/2002) assunte dopo il Parere della competente Commissione Consiliare (la V), e costanti consultazioni con i sindacati, le Università ecc. E dove sono verificabili tutti questi assunti. Protagonista dal punto di vista politico è la nuova maggioranza (post DC-PSI ecc.) che opera in assoluta continuità con “l’ottimo modello ereditato” (come pubblicamente dichiarato dal nuovo Presidente). Presidente che resisterà alle pressioni di parte della sua stessa maggioranza (Lega e AN), per adottare il “modello lombardo”.

Il prestigio del “modello veneto” ha sicuramente aiutato la lunghissima stagione del coordinamento del Veneto per quanto riguarda la sanità in seno alla Conferenza delle Regioni (dal suo nascere ai primissimi anni dell’era Zaia). (2)

Il primo “Piano sociosanitario 2012-16” della nuova Amministrazione (Zaia) ancora risente della vecchia impostazione e quindi nel complesso è condivisibile: a fronte di ulteriori tagli ai posti letto ospedalieri, programma altrettanti investimenti in strutture territoriali (ospedali di comunità, hospice ecc.) e un potenziamento del territorio. Ma mentre i tagli vengono fatti, le attivazioni sono circa la metà e con molto ritardo.

La svolta si ha con la L. r. 19/2016 che riforma le ULSS (da 21 a 9), istituisce l’Azienda Zero - che accentra tutto - e con l’ultimo “Piano sociosanitario 2019-23”. E’ assolutamente evidente

l'inversione di tendenza, sia nel rapporto ospedale-territorio (a discapito di quest'ultimo che subisce importanti tagli), sia nell'integrazione sociale e sanitario; vi è la sostanziale privatizzazione delle RSA-Case di riposo, un incremento del privato, ecc. Insomma un avvicinamento al "modello lombardo", respinto anni prima. (3)

3.La pandemia.

Lo scoppio della pandemia di Covid 19 ha al momento fermato questa deriva. Anzi il Presidente Zaia ha spopolato rivendicando come merito suo se il Veneto ha retto meglio di altre Regioni (Lombardia in primis) durante la prima ondata. Invece ha retto meglio nonostante Zaia, e per merito proprio di quel modello che lui aveva sostanzialmente cominciato a indebolire. Nonché dell'Università di Padova (zona rossa a Vo' Euganeo e altro) e di tutti i qualificati ed encomiabili medici e operatori sanitari.

Che queste non siano solo opinioni si può accertarlo guardando alle innumerevoli prese di posizione pubbliche proprio dei loro rappresentanti, soprattutto durante la seconda ondata.

Nella seconda ondata infatti il Veneto è la peggiore Regione d'Italia.

Alcuni hanno tratto frettolose conclusioni, affermando che il modello veneto ha fallito, non è un modello da seguire.

Una pandemia come quella in atto nessuna Regione, per quanto organizzata, può affrontarla se a monte c'è un sostanziale "liberi tutti", costituito dalla zona gialla. Paradossalmente il fatto di essere bene organizzati (i dichiarati 1000 posti letto di terapia intensiva, ad es.) ha contribuito a ritenere che la pandemia si potesse gestirla. Non si entra nel merito qui della validità ed efficacia dei 21 parametri e di tutte le polemiche su chi sia responsabile del mantenimento in zona gialla del Veneto (il Presidente che inviava i dati o il Ministro che sulla base degli stessi stabiliva il colore). Quello che emerge con evidenza è che sono le stesse autorità regionali a dire che dai 700 effettivamente organizzabili per arrivare a 1000 si dovrebbero sostanzialmente utilizzare tutti quelli dedicati alle sale operatorie, paralizzando di fatto il sistema, che non potrebbe curare altro... Come sono evidenti e non contestabili i numeri dei contagiati e dei decessi, i più alti d'Italia.

Di fronte ai quali la normativa nazionale consente (consiglia...) di adottare misure più stringenti da parte dei Presidenti di Regione (non palliativi come il "giallo plus", per non finire in arancione/rosso e scontentare qualcuno...).

Un'altra ragione sta nelle modalità d'uso dei tamponi rapidi. Il Veneto ne ha usati molti di più di altre regioni, e continua. L'Istituto superiore di sanità ha raccomandato che l'uso sia per screening della popolazione (es. scolastica) e non per il personale sanitario del SSN e il personale e gli ospiti delle RSA per anziani. Cioè in ambienti delicati e pericolosi per la diffusione del contagio. Il Veneto invece così non ha fatto, e i risultati sono purtroppo sotto gli occhi di tutti.

Le responsabilità stanno nel modello veneto o in chi lo ha gestito in questo ultimo periodo in modo improvvido?

Venezia, 3 gennaio 2021

Franco Toniolo, già Direttore Generale Sanità e Sociale Regione Veneto e già Presidente Agenas

(1) F. Toniolo - C. Beraldo: “Vent’anni di sanità ed assistenza nel Veneto. Storia critica della legislazione regionale ed analisi delle principali normative nazionali dal 1972 al 1992”, Egida editore (VI)

(2) F. Toniolo: “Sanità e Regioni. Dalla riforma “bis” del 1992 al “Nuovo patto per la salute 2006-08”, *F. Angeli 2009*

(3) Pubblicazioni dell’APS VERSO, Veneto Ricerca Sociale; “verso-online.com”