

## *Le proposte del PD di Venezia per un nuovo modello socio-sanitario*

### **Premessa**

Dopo molti anni viene presentata in queste settimane, da parte della Regione Veneto, la proposta del nuovo *piano socio-sanitario regionale* (nel seguito PSSR) destinato a ridisegnare la struttura dei servizi per la tutela e promozione della salute, i presidi sociali, i dispositivi per la prevenzione in ambienti di vita e di lavoro che il servizio sanitario deve predisporre.

Il PSSR tiene conto del *patto per la salute* siglato dallo Stato e dalla Conferenza delle Regioni per quanto riguarda gli obiettivi generali del sistema (*p. es.* la riduzione dei posti letto dal 4,5‰ al 4‰ avuto riguardo della quota pari allo 0,7‰ per le lungodegenze) e della Legge 42/2010 per quanto attiene alla determinazione dei *costi standards* delle prestazioni.

Non tiene conto il PSSR di quanto contemplato dal Decreto Legge 98/2011 *Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria* che, perseverando nella logica dei tagli lineari colpisce in misura pesante l'intero comparto socio-sanitario. Infatti la riduzione dei trasferimenti annui al Fondo Sanitario, l'introduzione di un tetto a livello nazionale e regionale per la spesa protesica e in dispositivi medici, l'introduzione di misure di compartecipazione alla spesa farmaceutica (*vulgo ticket*) pregiudicano gravemente sia il *patto per la salute*, sia la disponibilità di risorse per gli anni a venire. In questo senso il giudizio del PD di Venezia non può che essere assolutamente negativo e contrario.

Nel costruire la propria proposta in merito al nuovo PSSR, il PD ritiene irrinunciabile il richiamo all'art. 32 della nostra Costituzione, ove si afferma che *la Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*. Agiscono, nell'impostazione di tale articolo, le ragioni ispiratrici profonde dell'intero impianto costituzionale, teso a costituire gli spazi delle libertà e dei diritti indefettibili della persona, e insieme a ordinare gli ambiti di concreta azione da parte delle istituzioni della Repubblica, che sono comunque e sempre ispirate da un principio di *utilità sociale* nelle loro determinazioni.

In questo senso appunto si dice che quello della salute è nello stesso tempo e cooriginariamente diritto del singolo (a essere tutelato) e interesse diffuso e collettivo (a tutelare). E in questo senso si colloca fin dall'inizio la predisposizione di un sistema sanitario pubblico di carattere universalistico nel cuore della Repubblica, e dei suoi ordinamenti.

Questa realtà è tanto più sperimentabile nel Veneto, ove le culture politiche che presiedettero, ciascuna per la sua parte, alla definizione iniziale del *sistema socio-sanitario regionale*, intuirono dall'inizio il necessario legame tra l'insieme dei presidi e dei dispositivi di natura *sociale* e l'insieme dei servizi e delle prestazioni *sanitarie*. Ne risultò quindi, unica esperienza in Italia, un sistema appunto socio-sanitario che doveva anche, nelle ragioni iniziali, coordinare in via unitaria l'insieme dei servizi delegati o attribuiti ai Comuni con quelli propri del sistema sanitario e, quindi, incardinati nelle Aziende Locali.

Da qui occorre ripartire, dal ribadire il valore dell'integrazione socio-sanitaria, la priorità del territorio e della sua rete di assistenza, dall'inserimento nel modello socio-sanitario veneto anche di quegli "extra LEA" che potrebbero essere compromessi dall'applicazione solo pedissequa del principio dei *costi standards*.

Tali quindi i capisaldi che animano queste *proposte* del PD di Venezia in merito al nuovo PSSR, che vorranno essere offerte e condivise con gli operatori della sanità, i MMG, le associazioni portatrici di interessi diffusi, le forze sociali e sindacali: *aggiornare* la rete socio-sanitaria del Veneto e della nostra provincia, all'interno di una sostanziale *coerenza* con le ragioni ispiratrici (costituzionali) del nostro modello.

### **L'area vasta come modello di riferimento per la provincia di Venezia**

Nel determinare l'architettura di riferimento del modello socio-sanitario territoriale riteniamo indispensabile fissare il principio **dell'area vasta** come bacino omogeneo entro cui organizzare la rete dei servizi socio-sanitari e dei presidi territoriali (DSS, UTAP, Ospedali di comunità).

In tal senso l'area vasta deve coincidere con la provincia di Venezia, mantenendo al suo interno come articolazioni le attuali Unità Socio-Sanitarie Locali. In questo disegno **l'ospedale dell'Angelo** deve assumere in via definitiva il ruolo di **ospedale di riferimento provinciale** per l'acuzie e l'alta specializzazione, delegando le funzioni delle cure primarie ovvero quelle tipiche dell'ospedale "territoriale" ai Distretti Socio-sanitari piuttosto che alle strutture pubbliche e a quelle private della città capoluogo, in specie garantendo **l'ospedale civile di Venezia**, cui va assicurata adeguatezza e completezza di copertura in merito alle specializzazioni lì incardinate e alla sua funzione irrinunciabile di ospedale per acuti, mentre va chiarito, una volta per tutte, il rapporto tra l'ASL 12 e i presidi privati della terraferma. Il distretto socio-sanitario del Lido va realizzato sulla struttura ex ginecologia dell'ospedale al mare, garantendo la composizione unitaria di tutte le attività distrettuali, dall'urgenza alla riabilitazione. Si ritiene inoltre inderogabile la reintroduzione, in sede di riparto annuale dei fondi per la ASSL, del principio della *specificità* della città di Venezia, oggi pressochè scomparso, attraverso l'elevazione della quota capitaria di trasferimenti del 25% per cento rispetto alla media. Da ultimo, è essenziale una volta per tutte incorporare dal riparto sanitario delle spese correnti le spese di ammortamento del *project financing* dell'*ospedale dell'Angelo* e del padiglione Jona dell'ospedale civile di Venezia imputandole piuttosto nelle spese in conto capitale ovvero sul fondo per l'edilizia ospedaliera della Regione.

Parimenti, nel bacino territoriale dell'**ASL 13 (riviera del Brenta e miranese)** va perseguita l'ulteriore specializzazione e integrazione dei poli ospedalieri di Mirano e Dolo, prefigurando per l'ospedale di Noale il ruolo di struttura di riferimento per la riabilitazione dell'area centro-meridionale della provincia di Venezia e meridionale di quella di Padova. Proprio nella prospettiva dell'area vasta vanno inoltre confermate e potenziate, se funzionali al raggiungimento degli obiettivi generali, le collaborazioni interdipartimentali e interaziendali tra ASL 13 e ASL 12 sulle medie e alte specializzazioni, come ad esempio per cardiocirurgia.

Anche sul territorio dell'**ASL 10 (Veneto Orientale)** va effettuato uno sforzo di integrazione e rifunionalizzazione della rete ospedaliera. Tanto più è vero questo principio se pensiamo che il Veneto orientale, e il portogruarese in specie soffre del fenomeno della "migrazione" verso le strutture sanitarie del pordenonese piuttosto che di Motta di Livenza, generando il cosiddetto effetto del "quinto ospedale".

Rispetto ai quattro nosocomi esistenti, vanno quindi definiti come "ospedali territoriali" i poli di Portogruaro e di San Dona' di Piave, mentre vanno chiarite le possibilità di mantenimento di

quelli di Jesolo e della casa di cura *Rizzola* di San Dona' di Piave. In questo senso pare opportuno ipotizzare per la struttura di Jesolo la sua "evoluzione" a centro di riferimento per la riabilitazione per l'intero Veneto Orientale e a presidio ospedaliero di riferimento del litorale, mentre per la *Rizzola* va operata la scelta della dismissione o della sua integrazione con l'ospedale di San Dona' tramite la sua acquisizione da parte della Regione. In questa prospettiva la *Rizzola* potrebbe assolvere un ruolo centrale come *ospedale di comunità* per la gestione della post-acuzie per tutto il territorio del sandonatese, oltreché essere costituita come struttura residenziale per l'utenza anziana (ricordiamo infatti che nell'ASL 10 esiste una carenza di ca. 400 posti di RSA).

In via generale va comunque riaffermato con forza che nella redazione delle schede sanitarie ed ospedaliere che accompagneranno il PSSR la riduzione di posti letto per arrivare all'obiettivo del 4,5‰ stabilito dallo stesso *piano* in coerenza con il *patto per la salute* dovranno riguardare prioritariamente l'offerta delle strutture private convenzionate piuttosto che di quelle pubbliche, già oggetto in passato di un forte dimagrimento delle dotazioni.

### **Il primato della rete territoriale**

Se è vero che l'ospedale di riferimento provinciale e quello territoriale devono rispondere in via prioritaria alle emergenze e all'acuzie, mediante la riorganizzazione delle strutture di prima assistenza e le alte e medie specializzazioni, è altrettanto vero che tale principio troverà il suo invero solo con un investimento reale e concreto nella realizzazione della rete territoriale dei distretti e della medicina generale.

Tale investimento è da intendersi sia punto di vista delle risorse economiche (quindi garantendo la reale applicazione degli obblighi di legge che prescrivono di destinare almeno il 55% delle risorse di bilancio delle ASL all'assistenza distrettuale) ma soprattutto dal punto di vista culturale: in altre parole, occorre invertire il *primato* tra ospedale e territorio, a favore del secondo.

Tale primato, pur asserito nella bozza del nuovo PSSR, rischia di permanere solo come enunciato se non si introducono misure permanenti ed effettive, verificabili negli strumenti di bilancio della Regione Veneto e delle singole Aziende Socio-Sanitarie.

L'obiettivo primario per dare centralità alla rete territoriale è rappresentato dalle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP). Esse costituiscono l'evoluzione delle esperienze di medicina di gruppo avviate negli ultimi 10 anni, con diverso esito. Il modello compiuto di UTAP, per come la si concepisce qui, prevede l'integrazione in strutture uniche di *pool* di medici di medicina generale (MMG) in grado quindi offrire, ottimizzando e mettendo in comune le funzioni generali (*p. es.* quelle di segreteria, informatizzazione) una continuità di assistenza all'insieme dei propri pazienti per un nastro settimanale di almeno 6 giorni e giornaliero di almeno 8-10 ore.

Insieme agli MMG le UTAP metterebbero a disposizione un'offerta qualificata di specialisti, con la possibilità per questi ultimi di svolgere le attività *extra moenia* al loro interno. Sempre nelle UTAP andrebbero incardinati i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e le attività di guardia medica.

E' quindi necessario che la Regione preveda specifiche poste di finanziamento da riconoscere alle ASL per l'avvio delle UTAP, anche stipulando con gli Enti Locali e Territoriali

protocolli d'intesa per la messa in disponibilità di spazi; è altresì necessario che le stesse aziende promuovano e autorizzino la costituzione di gruppi di medicina aggregata tra MMG.

La seconda leva su cui agire per riaffermare il primato del territorio è il *Distretto Socio-Sanitario*, inteso come unità di base della rete dei servizi e dei presidi. In esso devono trovare sede sia l'erogazione delle **cure primarie**, sia tutte le attività di **diagnostica ed analisi** che non richiedano livelli tecnologici elevatissimi. In esso deve soprattutto realizzarsi l'integrazione tra i livelli di assistenza sanitari e i livelli delle prestazioni sociali, nella costruzione di un progetto individuale per la salute e il benessere che ha nel Distretto il suo luogo di formazione e coordinamento dei diversi attori coinvolti.

Soprattutto il *Distretto* deve garantire il principio della *continuità assistenziale* sotto le sue diverse specie, ed è a partire dal *Distretto* che si incardinano i diversi livelli di erogazione dei servizi, anche di quelli ospedalieri. In particolare esso deve realizzare il coordinamento delle attività di prevenzione e cura tra MMG, Pediatri di Libera Scelta, strutture ambulatoriali specialistiche. In esso devono trovare erogazione le prestazioni di rilevanza sociale ad alta integrazione e l'attività di Assistenza Domiciliare Integrata. Il *Distretto* quindi concepito non come struttura in sé, bensì come modello territoriale di riferimento.

Questo obiettivo si persegue dimensionando i distretti su bacini con popolazione residente di circa 80/100.000 persone nelle aree urbane, ovvero per aree territoriali omogenee, evitando strutture forzose come quella del cd. *Distretto turistico*, dotando gli stessi di sedi e spazi adeguati e distinti da quelle ospedalieri; soprattutto attribuendo ai Distretti *budget* di bilancio autonomi, comprensivi anche delle spese per la "ospedalizzazione" dei pazienti di riferimento da riconoscere alle strutture ospedaliere di area vasta o territoriali ove avvengono i ricoveri, riorganizzando con questo l'intera struttura di bilancio delle attuali Aziende Socio-Sanitarie.

Dare centralità al territorio significa inoltre creare le condizioni affinché sia gli MMG, sia la rete delle farmacie comunali e private (che rappresenta una delle reti territoriali più diffuse e articolate tra quelle erogatrici di servizi) divengano il punto finale della catena diagnostica, agevolando, tramite i protocolli di *e-mailing* certificata, la possibilità per il cittadino utente di rivolgersi a questi soggetti per gli esiti e i referti delle visite specialistiche e ambulatoriali erogate dai Distretti piuttosto che dagli ospedali di riferimento e territoriali.

Inoltre, come elementi di "cerniera" tra la struttura ospedaliera e l'assistenza territoriale vanno istituiti gli *ospedali di comunità*, poli intermedi per degenze di medio periodo, indirizzate alla gestione del periodo post-acuzie per i pazienti che non sono in grado di rientrare immediatamente in un regime di domiciliarità. Essi potrebbero essere collocati presso l'Ospedale di Noale per il bacino dell'ASL 13 e presso la struttura del *Rizzola* per quanto riguarda il sandonatese. Nel territorio dell'ASL 12 la razionalizzazione dei rapporti e la conseguente definizioni di ruoli specifici tra l'*Ospedale dell'Angelo*, *Villa Salus*, il policlinico *San Marco* in terraferma, l'*ospedale civile*, il *san Camillo* e il *Fatebenefratelli* a Venezia e isole dovrebbe ricavare quelle economie che consentirebbero, in una delle predette strutture, di insediare l'ospedale di comunità.

Una delle criticità ormai conclamate e sclerotizzate nel campo della prestazione socio-sanitaria concerne il fenomeno delle *liste d'attesa*, che "ingolfano" le strutture ma soprattutto attardano la capacità di rispondere alla domanda di salute del cittadino utente, in particolare in un campo così essenziale come quello della prevenzione. Va quindi individuata una risposta

straordinaria a questa emergenza, chiedendo alla Regione Veneto, a partire dal prossimo riparto dei fondi per le aziende socio-sanitarie, di destinare le risorse della cosiddetta “gestione accentrata” per finanziare l'acquisto dai propri medici (anche in regime di *extra moenia*) pacchetti di prestazioni diagnostiche e di analisi da mettere a disposizione delle singole Aziende, piuttosto che assistere alla collocazione di quei fondi con i tradizionali criteri di massima discrezionalità, difficilmente verificabili.

### **La rete dei servizi sociali territoriali**

Quello veneto è appunto un modello fondato sull'integrazione socio-sanitaria dell'assistenza e delle prestazioni, che lo rende potenzialmente un'eccellenza, solo che se ne salvaguardino le coerenze originali.

In questo senso, oltre al sistema dei presidi e dei servizi ospedalieri e territoriali, va consolidata la rete dei servizi sociali, definendone i livelli essenziali e irrinunciabili. Nel fare questo, ci si deve informare soprattutto ai principi della domiciliarietà come cardini per strutturare (consolidare) le reti produttrici ed erogatrici dei servizi.

Vanno quindi garantite agli Enti Locali e alle AULSS le risorse per l'estensione dei servizi di assistenza domiciliare e tutelare, e per l'integrazione con i servizi di assistenza e segretariato sociale gestiti dai Comuni.

Del pari, occorre scongiurare le scelte annunciate dall'Assessore ai Servizi Sociali della Regione Veneto, tesa non tanto all'armonica composizione dei livelli sociali con quelli sanitari, quanto all'indebito “spostamento” dei secondi sui primi, ad esempio presupponendo l'estensione degli assegni di cura come misura alternativa al ricovero in strutture residenziali.

In questo senso, l'integrazione sociale e sanitaria deve trovare la loro piena concretizzazione nei Piani di Zona, che devono assumere fino in fondo il ruolo di strumento di pianificazione e coordinamento delle diverse agenzie coinvolte nella costruzione della rete dei servizi, avuto riguardo soprattutto al ruolo del privato sociale.

In particolare va accresciuta l'integrazione non solo tra Azienda Socio-Sanitaria e Comuni di riferimento, ma anche con la rete degli enti gestori e delle strutture (RSA, IPAB) soprattutto nello sviluppo di modelli originali per la gestione della *residenzialità* della persona anziana dopo la gestione ospedaliera dell'acuzie, organizzando le stesse strutture in *centri servizi*, intesi come poli di riferimento territoriali per l'assistenza.

Inoltre, va posta un'accentuazione particolare alle condizioni di maggiore “fragilità” sociale e sanitaria, in specie alla salute mentale e alla persona anziana. Sul primo fronte, va richiesto a tutte le AULSS del territorio provinciale di adeguarsi a quanto previsto dal *Progetto obiettivo* della Regione Veneto incardinando i Distretti di Salute Mentale sui territori e perseguendo l'obiettivo di destinare il 9% delle risorse correnti di bilancio alla salute mentale. Sul secondo fronte va esaltato il principio della continuità assistenziale, garantendo un'offerta adeguata di servizi sia per la domiciliarietà, sia per la residenzialità.

Sul piano della copianificazione della rete, mentre va confermato il modello presente nelle AUSSL 10, 13 e 14 di delega alle AULSS della gestione dei servizi, incrementando però la leva del

controllo da parte dell'Ente Locale, per quanto riguarda l'AULSS 12 va perseguito un maggior coordinamento tra i due soggetti, proprio in virtù della specifica realtà veneziana, nella quale il Comune di Venezia esercita una diretta competenza nella gestione dei servizi.

### **Per una *governance* dal basso delle Aziende Socio-Sanitarie**

La centralità del territorio va resa esplicita anche rispetto alla *governance* delle Aziende Socio-Sanitarie Locali, prevedendo un più alto coinvolgimento degli Enti Locali, e dei Comuni in particolare. Tale coinvolgimento passa essenzialmente attraverso la ridefinizione del procedimento di nomina del Direttore Generale e del Direttore del Sociale dell'ASL, come pure della formazione del bilancio annuale dell'ASL e soprattutto per l'approvazione dell'Atto aziendale.

Sulla nomina del Direttore Generale, va precisato che essa rimane in capo al Presidente della Giunta Regionale del Veneto, che però dovrà effettuare la propria scelta entro una terzina (oppure cinquina) di nominativi proposti dalla Conferenza dei Sindaci dell'ASL di riferimento. Così facendo, si salderà l'individuazione del Direttore Generale al territorio, sottraendolo all'arbitrio politico del Presidente della Giunta, quale che sia la sua collocazione politica. Il Direttore del Sociale invece, sarà scelto direttamente dalla Conferenza dei Sindaci, stanti le competenze degli Enti Territoriali in materia di servizi sociali e la necessità di raccordare l'attività dirigenziale con quella pianificatoria dei *piani di zona*.

Per quanto attiene invece alla formazione dell'Atto aziendale dell'Azienda Socio-Sanitaria, occorre ricordare che oggi la Conferenza dei Sindaci esprime su di esso un parere solo consultivo. E' necessario invece – e tale è la proposta del PD – che sui due documenti fondamentali di indirizzo e pianificazione – l'Atto aziendale e il bilancio annuale – si eserciti da parte della Conferenza un parere preventivo e vincolante.