



ELEZIONI REGIONALI 2020

PROPOSTE DI PROGRAMMA SU SANITA' E SOCIALE DEL PARTITO DEMOCRATICO

15/01/2020

Tale documento è stato redatto dal gruppo strategico su Sanità e Sociale del Partito Democratico veneto in stretta sinergia con il gruppo dei Consiglieri regionali e con i referenti delle Segreterie provinciali per la Sanità e il Sociale. La prima bozza del documento è stata discussa con alcuni rappresentanti delle parti sociali per ricevere da loro ulteriori spunti.

Nello specifico hanno contribuito alla redazione di tale documento:

- *Claudio Beltramello*
- *Luisa Caregaro*
- *Giorgio Dalle Molle*
- *Gianfranco Frigo*
- *Laura Frigo*
- *Margherita Miotto*
- *Aldo Mingati*
- *Gabriele Petrolito*
- *Franco Rebesan*
- *Francesco Sacco*
- *Cristiano Samuelli*
- *Gianluigi Scannapieco*
- *Ubaldo Scardellato*
- *Claudio Sinigaglia*
- *Franco Toniolo*
- *Marco Zoccarato*

PREMESSA

IL FALLIMENTO DELLA RIFORMA SANITARIA ZAIA: L'URGENZA DI CAMBIARE ROTTA

La situazione del Sistema Socio-Sanitario Regionale (SSR) del Veneto è di grave crisi, al di là di alcuni macro indicatori positivi che sono sbandierati come "il tutto". Il personale sanitario, a prezzo di fatiche non più sostenibili, sta di fatto reggendo il peso dell'intero sistema per garantire i servizi a pazienti e cittadini. La legge 19 del 2016, che ha istituito l'Azienda Zero e che ha riconfigurato il perimetro delle nuove ULSS, da 21 a 9, è stato un sostanziale fallimento.

L'Azienda Zero doveva diventare uno strumento a servizio delle ULSS, e invece è diventata accentratrice e onnivora, spingendosi impropriamente in ruoli di programmazione del sistema socio-sanitario. Dubbi i vantaggi organizzativi, di risparmio e di logistica, che sono stati il presunto motivo per istituirla. Di fatto

impartisce ordini (spesso con criteri arbitrari!) ai Direttori generali piuttosto che avere un atteggiamento di ascolto delle esigenze e di conseguenza attivare le risposte più opportune.

Anche la riduzione delle ULSS -di fatto una fusione fredda- ha comportato diversi effetti negativi al sistema. In due Province sono state istituite due Aziende sanitarie e nelle restanti una per Provincia, con evidenti disparità di trattamento per la maggioranza dei veneti.

L'organizzazione in ospedali hub e spoke applicata troppo rigidamente, sta portando una notevole concentrazione di attività negli hub (spesso senza adeguato rafforzamento degli organici e delle tecnologie), impoverendo ed indebolendo però gli spoke periferici che diventano poco appetibili per i cittadini e per i professionisti. La rete quindi viene sempre più messa in discussione senza garantire omogeneità di assistenza.

I Direttori generali sono in grande difficoltà nella gestione della complessità ospedaliera e territoriale, nonché nella gestione del personale. L'elevato numero di auto-licenziamenti dei professionisti dipende dal fatto che le situazioni di difficoltà oggettiva non sono state prese preventivamente in adeguata considerazione. Anche qui la distanza fra le direzioni strategiche e gli operatori determinata dalla riforma ha reso più difficile la soluzione di problemi che sarebbero stati di più facile gestione con il modello precedente o prevedendo un minor accentramento dei poteri.

Peggiorano le condizioni di accesso ai servizi per i cittadini: per una semplice visita specialistica viene indicato spesso un ambulatorio a 50 km di distanza e questa situazione diventa drammatica per persone non abbienti o anziane o residenti in area montana e lagunare.

Ancora più grave quanto sta succedendo ai servizi territoriali: non sono decollate le strutture intermedie né le medicine di gruppo integrate. Si stanno facendo notevoli passi indietro: il modello delle medicine di gruppo integrate è stato abbandonato e si sono collocati gli ospedali di comunità presso le strutture ospedaliere, appaltando i servizi, e nelle case di cura private!

Si parla spesso di carenza di Medici ospedalieri – giustamente – ma non deve passare sotto silenzio la grave carenza di personale nel territorio. Psicologi, Psichiatri, Educatori, Geriatri, Palliativisti, Assistenti sociali, Infermieri per l'assistenza domiciliare, Operatori socio sanitari... Tale carenza fa venir meno la peculiarità del modello Veneto impostato sul valore dell'integrazione, ULSS con le due 'S', appunto Socio-Sanitarie.

Sia i Medici di Medicina Generale (MMG) che i pazienti rimangono quindi senza punti di riferimento in un territorio che con le nuove ULSS si è prepotentemente allargato e nei quali i Distretti sono via via impoveriti.

Anche il ruolo delle Conferenze e dei Comitati dei Sindaci sta via via perdendo di significato. Essi fanno fatica ad ottenere le corrette e complete informazioni che consentono loro di intervenire in maniera appropriata e vengono sempre meno coinvolti nelle decisioni.

Il Piano Socio Sanitario Regionale recentemente approvato non ha per nulla cercato di invertire questi trend negativi. Di fatto viene messo in discussione il modello veneto di integrazione socio-sanitaria e vengono spalancate le porte al privato, cosa confermata anche dalle ultime schede ospedaliere con il numero di posti letto assegnati al privato accreditato. Una recente inchiesta giornalistica parla di "business delle convenzioni" per alcune prestazioni effettuate dal privato convenzionato in Veneto che pare producano uno sperpero di 23 milioni di euro l'anno. Sono stati presi in considerazione solo tre esami: ecografia addominale, risonanza magnetica muscolo-scheletrica, TAC del torace. Sapendo che l'ambito riabilitativo in Veneto è quasi interamente gestito dal privato, è probabile che possano emergere ulteriori scandali legati ai "rimborsi d'oro".

Va ripreso completamente inoltre il rapporto tra SSR e Università che invece di generare sinergie crea conflittualità e disagi. Emblematica la vicenda della "cessione" dell'Ospedale Sant'Antonio dall'ULSS 6 all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Padova.

Infine non si può tacere sul problema della legalità in relazione alla sanità e al sociale. La revisione del sistema legato agli appalti è dunque da riformare.

La presunzione di superiorità del Sistema Sanitario Veneto dunque, misurata per lo più su macro dati di efficienza economica, impedisce a Zaia e ai suoi di vedere le profonde criticità del sistema e le difficoltà crescenti che sperimentano i cittadini veneti nell'accesso ai servizi arrivando a minare la esigibilità del diritto alla salute.

Paghiamo il ritardo di oltre 15 anni nella programmazione e la miope incoerenza nella applicazione del Piano Socio-Sanitario, largamente disatteso nell'azione quotidiana della Giunta Zaia.

PROPOSTE DI PUNTI PROGRAMMATICI DEL PARTITO DEMOCRATICO

1. AFFRONTARE SERIAMENTE LA CARENZA DI PERSONALE SANITARIO NELLE STRUTTURE PUBBLICHE E DARE RISPOSTE CONCRETE A DEI CARICHI DI LAVORO NON PIU' SOSTENIBILI

Sull'onda del solito mantra dell'eccellenza si sta negando la situazione drammatica in cui si trova a lavorare il personale sanitario. I carichi di lavoro e lo stress sono oramai insostenibili. Se parte del problema è legato alla non disponibilità di Medici specialisti da poter assumere, certamente vi è un altrettanto grande problema di uscita anticipata di Medici e di altro personale sanitario esperto dal SSR veneto. Molti si licenziano ben prima dell'età pensionistica per poi lavorare nel privato (magari convenzionato!) e la stragrande maggioranza dei professionisti, appena matura gli anni per andare in pensione, ci va e non prosegue al lavoro per gli anni aggiuntivi che sarebbero consentiti.

I dati nazionali indicano che in Veneto tale fuga dal pubblico è tra le più alte tra le Regioni italiane. I motivi sono per noi legati principalmente a questi cinque fattori:

- il sovraccarico di lavoro (in incessante aumento) che chi resta deve sopportare;
- il clima intimidatorio che è oramai dilagato a quasi tutte le ULSS/UU.OO. ovviamente derivante a cascata da una gestione padronale della sanità di Zaia;
- l'aumento del rischio di procedimenti legali e di aggressioni da parte di pazienti e familiari sempre più esasperati;
- un livello retributivo di Medici e Infermieri che è il più basso d'Italia (e l'Italia è fanalino di coda dell'Europa occidentale nelle retribuzioni);
- un sistema di ricatto collegato alle valutazioni (le cosiddette pagelline che fanno curriculum ed influenzano gli avanzamenti retributivi e di carriera).

Con tale grave carenza di personale e con i professionisti esistenti di età media molto avanzata e a rischio burn-out, la Sanità veneta rischia seriamente un vero e proprio collasso (degli 8000 Medici mancanti in Italia, ben 1300 sono relativi al solo Veneto!). Le misure messe in atto dalla Regione, volte al reclutamento di Medici non specialisti nelle strutture ospedaliere o di professionisti in convenzione con enti privati, sono pericolose e non in grado di affrontare in maniera sistemica il problema. La possibilità di assumere Medici specializzandi degli ultimi due anni di corso può infatti rappresentare solo una soluzione transitoria. Si ritiene invece pericolosa la proposta di assunzione in geriatria e pronto soccorso di 500 laureati senza specializzazione (nemmeno iscritti al percorso formativo di specializzazione!).

La carenza e la demotivazione del personale è la prima emergenza che il PD vuole affrontare nella Sanità veneta anche perché molti hanno il sospetto che questa sia la modalità della Lega per chiudere gli ospedali ed i servizi: una lenta morte per asfissia riducendo sempre di più il personale. **Il primo passo è il riconoscimento e la mappatura precisa delle criticità esistenti legate al fabbisogno di personale. E' necessario avviare un programma di reclutamento attivo di personale con prospettiva nazionale in coerenza ad un piano di assunzioni immediato dando ovviamente precedenza per le aree geografiche e per i servizi che manifestano maggiori carenze.**

Anche il recente documento della Conferenza Stato Regioni concernente il "Patto per la salute" per gli anni 2019/2021, dello scorso dicembre 2019, ribadisce la necessità della *"valorizzazione delle professioni dei dirigenti medici, veterinari e sanitari e degli operatori delle professioni infermieristiche, ostetriche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del servizio sociale"*, come elemento cruciale per la sostenibilità del SSN.

Riteniamo inoltre si debba recuperare un colpevole ritardo di programmazione nella formazione e perciò crediamo debbano essere **aumentate immediatamente le borse di studio regionali per le Scuole di specialità e per il corso di formazione dei Medici di medicina generale.**

Va **ridisegnato il rapporto con l'Università** e rinegoziato un nuovo atto d'intesa per far corrispondere l'attività della didattica al fabbisogno dei servizi di assistenza.

E' necessario anche **valorizzare al massimo la professionalità degli Infermieri prevedendo dei percorsi per renderli "specialisti" (es. dell'emergenza, del materno infantile, del territorio, della sala operatoria, ecc.) al fine di garantire ancora una più stretta sinergia con i Medici specialisti di tali settori ed aumentare quanto più possibile il livello tecnico dei servizi erogati.**

Inoltre deve essere **urgentemente affrontato il problema della condizione e del clima di lavoro negativi in modo da ridurre drasticamente il drenaggio dal sistema pubblico di innumerevoli professionisti, anche ricostruendo il rapporto fra direzioni strategiche e rappresentanze sindacali.** La scelta del nuovo

Direttore Generale della Sanità regionale e dei suoi collaboratori nonché dei **Direttori generali, sanitari, amministrativi e del sociale deve essere basata esclusivamente su basi di competenza e capacità di leadership.**

A cascata dovranno essere scelti (e sistematicamente valutati!) i **Direttori di struttura complessa ed i Coordinatori oltre che sulla competenza tecnica ed organizzativa anche sulla capacità di fare squadra e di valorizzare i propri collaboratori.** E' urgente invertire il trend di fuga e **rendere il Veneto una Regione modello ed attrattiva per il clima di lavoro positivo e le opportunità di crescita offerte ai suoi professionisti.**

Infine va sottolineato che il contratto di lavoro per i Dirigenti medici e sanitari è rimasto fermo per 10 anni e la pre-intesa per il triennio 2016-2018 firmata all'ARAN (*Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle Pubbliche Amministrazioni*) nello scorso luglio è stata approvata dal Consiglio dei ministri a fine del mese di novembre che, dopo la vidimazione della Corte dei conti, è giunta il 19 dicembre scorso alla firma definitiva tra le parti. Questa lunga attesa non è un aspetto marginale per il clima aziendale. **Il PD regionale vuole impegnarsi affinché il nuovo contratto sia rapidamente e correttamente applicato a livello delle aziende del SSR.**

il PD intende utilizzare appieno gli spazi di autonomia che già ha nelle politiche del personale (compresi gli specializzandi) e che al contrario la Lega non sta sfruttando in modo corretto. Per esempio si possono **prevedere ed erogare degli incentivi economici e non economici al personale**, segnale importante che ridurrebbe la fuga dal pubblico.

2. SUPERARE L'ATTUALE ACCENTRAMENTO ESASPERATO DELLE FUNZIONI/DECISIONI E MONITORARE IN MODO TRASPARENTE L'IMPATTO DELL'UNIFICAZIONE DELLE ULSS ATTUATA CON LA RIFORMA

L'Azienda Zero non trova in nessuna Regione (dove esista un'Agenzia/Azienda regionale) termini di paragone per l'enormità delle funzioni accentrate (praticamente tutte!) e del potere gestito. Le conseguenze, peraltro prevedibili, sono da un lato uno svuotamento pressoché totale di funzioni e poteri delle singole ULSS che sono diventate mere esecutrici di ordini, e dall'altro un rallentamento - paralisi a volte - per il normale funzionamento delle Aziende (reclutamento personale, acquisti, ecc.). Per non citare le volte in cui i procedimenti, le gare, vengono annullate dagli organi competenti!

Inoltre, troppo spesso le decisioni calate dall'alto alle Aziende vengono imposte senza una adeguata e trasparente motivazione rischiando quindi di essere arbitrarie e prive di criteri oggettivi applicati uniformemente nel territorio regionale.

La valutazione del raggiungimento degli obiettivi è totalmente mancata anche in relazione al Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2012-16 ed infatti il PSSR 2019-23 non tiene minimamente conto di quanto raggiunto o meno attraverso il piano precedente.

E' necessario, indispensabile, riformare l'Azienda Zero; trasformarla in Agenzia regionale con precisi e delimitati compiti (es. acquisto delle grandi apparecchiature elettromedicali, governo del Sistema informativo, regolamentazione generale dei concorsi e della gestione del personale, e altre funzioni di macro-indirizzo) e riportare alle Aziende sanitarie, più vicine agli utenti il governo, l'organizzazione e la gestione dei servizi.

La riforma sanitaria del Veneto ha individuato un modello non omogeneo delle Aziende Sanitarie: cinque provinciali (Verona, Padova, Treviso, Belluno e Rovigo) e quattro "sub-provinciali" (due nella provincia di Venezia e due in quella di Vicenza), senza alcuna reale motivazione. E' urgente dunque **verificare l'impatto della Riforma sugli ambiti territoriali delle ULSS per capire quale dimensione garantisca i migliori risultati di efficienza del sistema, di accessibilità ai servizi e di salute per i cittadini.** L'assetto attuale, con due Province con due ULSS e le restanti con un'unica, non può che rappresentare **un punto di passaggio per arrivare ad un assetto coerente ed omogeneo in tutti i territori basato su criteri trasparenti ed evidence-based.** Se dunque la dimensione di ULSS sotto-provinciale risulta essere quella che "funziona meglio", essa deve essere coerentemente applicata almeno in tutte le altre Province di pari abitanti (Treviso, Padova e Verona). Viceversa, se il modello più funzionale risulta quello **provinciale**, è necessario applicarlo anche a Vicenza e Venezia. La **seconda opzione sembra essere la più coerente con il modello avviato, ma impone delle azioni correttive che controbilancino il rischio di un gigantismo con eccessiva complessità gestionale ed eccessiva concentrazione dei punti di erogazione delle prestazioni sanitarie.**

A tale scopo è fondamentale conciliare la necessità di concentrare le alte specialità e l'alta tecnologia negli ospedali hub con la capacità di mantenere il più possibile l'erogazione delle risposte sanitarie meno complesse vicino a dove i bisogni nascono.

La migliore modalità per contrastare gli effetti negativi delle grandi dimensioni delle ULSS è quella di ridisegnare completamente i Distretti socio-sanitari, ridando loro appropriati strumenti e riducendone le dimensioni, attualmente eccessive per un efficace rapporto utenti/Comuni.

E' dunque essenziale valutare e rilanciare il ruolo e la funzionalità dei Distretti (perno dell'organizzazione territoriale e dell'integrazione socio-sanitaria), dei Medici di Medicina Generale soprattutto in forma aggregata e rivalutare in modo importante il ruolo dei Sindaci, ora totalmente espropriati di qualsiasi funzione (vedere punti 3 e 4).

3. RIPORTARE REALMENTE AL CENTRO L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA E RIDARE FORZA AL RUOLO DEI SINDACI

La Lega ha messo in discussione l'integrazione socio-sanitaria che nei decenni passati ha fatto diventare il Veneto un modello di riferimento nazionale ed internazionale. Sono stati indeboliti i poteri dei Sindaci e in riferimento alla governance dell'Azienda (ora più complessa a seguito degli accorpamenti di più ULSS), il Direttore socio-sanitario assume una funzione ancillare in quanto le precedenti funzioni del Direttore dei Servizi sociali sono state spezzettate e spalmate in modo confusionario anche ai Direttori del Distretto e del Dipartimento di Prevenzione.

Le proposte del Partito Democratico vanno nella direzione diametralmente opposta. **La delega o gestione associata per i servizi sociali dei Comuni dovrà prevedere un ruolo attivo e reale di responsabilità decisionale da parte dell'ente locale attraverso gli organismi di rappresentanza: Comitato dei Sindaci di distretto e Conferenza dei Sindaci con, dall'altra parte, una figura forte di Direttore socio-sanitario.**

Il piano di zona distrettuale e il bilancio di parte sociale dovrà trovare gradualmente una ricomposizione ed omogeneità a livello di azienda ULSS senza perdere le **peculiarità di ogni Distretto**. Devono essere previste, oltre a quelle indicate dalla attuale normativa, le seguenti funzioni relative al Comitato dei sindaci di distretto e alla Conferenza dei sindaci:

- **parere obbligatorio sull'atto aziendale;**
- **parere obbligatorio sul bilancio (parte sanitaria);**
- **approvazione del bilancio (parte socio-sanitaria e sociale);**
- **approvazione del Piano di Zona, strumento di programmazione ed integrazione dei servizi sociali e sociosanitari delle comunità locali.**

E' importante infine arrivare a delle regole uniformi di finanziamento e costruzione del bilancio di parte sociale dei Comuni nel rispetto della ripartizione prevista dai LEA.

Il Ministero della Salute definisce il concetto di Prestazioni Sociosanitarie (decreti istitutivi dei LEA) come *"tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione"*. **Il Veneto deve ritornare ad essere punto di riferimento nazionale** nel saper attuare nei territori piani e programmi che vadano in questa direzione!

4. RAFFORZARE IL TERRITORIO CHE IN QUESTI ANNI E' STATO "PRESO A PICCONATE": DISTRETTI, STRUTTURE INTERMEDIE, SERVIZI PER I PAZIENTI PIU' FRAGILI, RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Definire drammatica la situazione dei servizi del territorio rende appena l'idea dei disagi assoluti che personale e pazienti stanno vivendo in questo livello del sistema. Al di là delle parole di facciata, i Distretti sono stati relegati a contare sempre meno: tagliati molti primariati, assegnate sempre meno risorse, personale uscito raramente sostituito. Ciò è esattamente il contrario del "Distretto forte" ipotizzato per compensare la riduzione del numero delle ULSS. Si impone dunque un **immediato cambio di rotta per contrastare l'impoverimento della rete territoriale dei servizi.**

Preoccupano molto i servizi per i minori – è **urgente un nuovo piano per l'infanzia e l'adolescenza** – tra i quali la neuropsichiatria infantile così come tutti i servizi per i pazienti maggiormente fragili (area psichiatrica, delle disabilità e delle dipendenze).

In particolare i **servizi per i malati mentali** sono in una situazione di criticità estrema e la Regione continua imperterrita a ridimensionare i servizi facendo poco o nulla per gestire la carenza di personale (non solo medico ma anche appartenente altre essenziali figure professionali -Psicologi, Infermieri, Educatori, Assistenti sociali, OSS- già disponibili nel mercato del lavoro. Forse per Zaia i pazienti psichiatrici e le loro famiglie rappresentano solo un piccolo e trascurabile bacino di voti con poca risonanza mediatica. **Il PD, al contrario, ritiene che il peso e la difficoltà che vivono queste persone e le loro famiglie devono essere presi in carico da servizi diffusi, efficaci ed accessibili.**

Le strutture intermedie (Ospedali di comunità, Unità riabilitative territoriali, Hospice) sono per lo più rimaste sulla carta o sono state snaturate (gli ospedali di comunità sono stati “spostati” dentro gli ospedali di fatto in sostituzione delle lungodegenze).

Il territorio riveste un ruolo chiave nella gestione della cronicità e il ruolo dell’infermiere case manager dovrebbe essere istituito in tutti i Distretti per garantire continuità delle cure tra i diversi attori e i diversi setting. Così come deve essere **rafforzata e valorizzata la figura dell’Assistente sociale, essenziale nella valutazione multidimensionale e multidisciplinare di pazienti fragili/complessi che hanno anche bisogni di tipo sociale.**

E’ stato dato uno stop alla creazione delle Medicine di Gruppo Integrate. Si è smesso di sviluppare e valorizzare la medicina generale, essenziale per la presa in carico delle persone nel territorio e il decongestionamento degli ospedali. Non va dimenticato che vi sono circa 18.000 pazienti presi in carico dall’**Assistenza Domiciliare Integrata** che di fatto rappresenta una sorta di “rete ospedaliera nel territorio” che vede coinvolti, oltre agli Infermieri del servizio, anche le figure dei MMG e alcune figure di Medici specialisti. Preoccupa peraltro che tale **rete non sia per nulla omogenea nel territorio della Regione con Distretti assolutamente sotto serviti. E’ necessaria l’attivazione di un piano straordinario di assistenza domiciliare per ogni ULSS.**

Si vogliono sottrarre la cronicità grave e la non autosufficienza ai MMG per affidarla gradualmente alla sanità privata accreditata, copiando il modello lombardo – già abbandonato – e camuffando come innovativa la volontà di rompere il rapporto di fiducia fra medico di famiglia e paziente, nella fase più critica della vita di una persona.

Il Partito Democratico vuole fermare ed invertire tale deriva: **rafforzare realmente i Distretti, le Medicine di Gruppo integrate, i servizi per i pazienti fragili e le strutture intermedie, in stretto collegamento con i Comuni, in particolare con i Servizi sociali. Solo assegnando adeguate risorse e scegliendo i professionisti più competenti si potranno rivitalizzare tali settori in profonda crisi.**

Le strutture intermedie diventano cruciali in un sistema con pochi posti letto per acuti e con una popolazione molto anziana affetta da patologie croniche. La loro realizzazione ed il loro collegarle da un lato agli ospedali e dall’altro ai Medici di Medicina Generale ed ai servizi territoriali è un punto irrinunciabile per un sistema sanitario regionale che vuole garantire servizi essenziali ai cittadini.

Va rilanciato il ruolo insostituibile che i soggetti del terzo settore svolgono nel sistema socio-sanitario, in primis le associazioni di volontariato così numerose nei nostri territori.

I MMG vanno superati, come affermano autorevoli esponenti della Lega? NO! Al contrario va **sviluppato un programma per estendere a tutto il territorio regionale la stessa forma di medicina di gruppo eliminando il ricorso alle strutture private accreditate sia per le forme aggregative che per la gestione dei pazienti cronici gravi che devono assolutamente essere seguiti dal loro MMG.** L’investimento in personale sia infermieristico che di segreteria deve essere completato per garantire un servizio della medicina di base al passo con i tempi che dovrebbe avvalersi anche di servizi di telemedicina oramai dimostrati. Va inoltre superato il concetto di numero assoluto di pazienti per MMG in relazione alla retribuzione ma **vanno attuati dei correttivi in base alla densità di popolazione.** E’ chiaro che in territorio montano/lagunare scarsamente abitato non è immaginabile pensare che un MMG riesca a gestire lo stesso numero di pazienti di un medico assegnato ad un centro urbano. **Anche i modelli aggregativi (sede unica verso sedi periferiche) vanno tarati a seconda della densità abitativa.** Si possono anche **istituire ambulatori di prossimità gestiti da Infermieri per la gestione delle medicazioni, terapie endovenose e intramuscolo, ecc.**

Nell’ambito della sanità territoriale vi sono molte **opportunità anche legate ai fondi europei.** Vi è la possibilità di sviluppare progetti e di lavorare **in sinergia con il terzo settore favorendo lo sviluppo del cosiddetto welfare generativo.** Si pensi anche solo al denaro che investono le famiglie, singolarmente, per le badanti.

5. RIDARE PESO AGLI OSPEDALI SPOKE, INVERTIRE IL TREND DI SMANTELLAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA A FAVORE DEL PRIVATO E GESTIRE REALMENTE IL PROBLEMA DELLE LISTE DI ATTESA

La nuova organizzazione ospedaliera risente dell'accentramento di moltissime funzioni negli ospedali capoluogo (hub), a scapito degli altri ospedali (spoke), con conseguenti disagi degli utenti e malcontento degli operatori. In questo momento si assiste al paradosso che via via più funzioni di servizi specialistici vengono chiuse negli ospedali periferici e dall'altro si portano al collasso gli ospedali provinciali. E' di fatto fallita la declinazione operativa di tale modello attuata da Zaia e che quindi va rivista rendendola coerente ai reali bisogni delle popolazioni di riferimento. Peraltro genera sconcerto la continua acquisizione di apparecchiature costosissime di altra tecnologia (es. per la chirurgia robotica) negli ospedali spoke che restano assolutamente sottoutilizzate.

La concentrazione delle alte specialità e dell'alta tecnologia negli ospedali hub nasce dalla necessità non solo di favorire la sostenibilità del sistema, ma anche di garantire casistiche adeguate a mantenere elevate le competenze delle equipe. Tuttavia per soddisfare i bisogni sanitari meno complessi e molto frequenti bisogna creare una rete capillare di prossimità di offerta, che parta dagli ospedali spoke e che coinvolga la medicina primaria, i poliambulatori specialistici, le farmacie, ecc. In tal modo i cittadini si spostano solo quando è strettamente necessario (altissima specialità ed altissima tecnologia). Anche l'uso degli strumenti di telemedicina sarebbe di grande supporto in tal senso.

Vanno dunque rivalorizzate le funzioni ed eccellenze anche negli ospedali spoke (ovviamente senza inutili e dispendiosi doppioni di servizi ultra-specialistici); a tale scopo è opportuno mettere a punto adeguati percorsi diagnostico-terapeutici che mettano al centro il paziente e con chiarezza stabiliscano le funzioni dello spoke e quelle dell'hub; vanno inoltre bandite le numerose posizioni di Direttore di UOC vacanti in particolar modo negli ospedali periferici.

Il futuro di alcuni piccoli ospedali può essere garantito caratterizzandoli per uno specifico collegamento territoriale (reparti di geriatria, lungodegenza, recupero e riabilitazione funzionale, ecc.), offrendo visite specialistiche, servizi di day hospital e day surgery, diagnostica di laboratorio e per immagini. In altre parole riteniamo che vi possa essere un futuro anche per gli ospedali minori declinandoli in modo differente. Certo non è una soluzione quella di acconsentire che essi erogino tutti i servizi tra i quali alcuni sotto le soglie di volumi stabilite dal DM70 e dal Programma Nazionale Esiti (es. sale parto, alcuni interventi chirurgici complessi, gestione dei pazienti con infarto, ecc.) perché la sicurezza dei servizi non sarebbe garantita.

Tra i tanti tagli attuati negli ospedali dalle ultime schede recentemente approvate preoccupa in particolare quello della soppressione di tutte le lungodegenze del Veneto. In sostituzione verrebbe attivato un numero molto inferiore di posti letto di Ospedali di comunità (ancora per lo più solo sulla carta), con ridotte prestazioni infermieristiche e mediche e quindi con standard assolutamente non paragonabili. Ed inoltre negli Ospedali di comunità è prevista la compartecipazione della spesa da parte dei pazienti dopo il trentesimo giorno di degenza e per URT dopo il sedicesimo giorno di degenza con aumento progressivo dopo il sessantesimo giorno.

Il PD è contrario alla chiusura delle Lungodegenze perché tale scelta rende davvero problematica l'assistenza di quei malati che nella fase post-acuta devono ricevere ancora un'assistenza complessa. Stiamo parlando soprattutto di anziani ma anche di giovani che per esempio stanno faticosamente recuperando dopo un grave incidente o peggio che sono in situazione di coma e stanno aspettando di poter essere accolti in una struttura territoriale attrezzata.

Le ultime schede approvate dalla Lega, in molti casi ridimensionano al ribasso la Medicina Riabilitativa, con depotenziamento anche delle attività ambulatoriali per "Disabili adulti" ed "Età Evolutiva", in una deriva che prevede una delega in toto al privato. Emblematica anche la scelta della Lega di aprire addirittura dei Pronto Soccorsi privati.

Il PD ritiene che eventuali disattivazioni di posti letto di qualsiasi reparto, vanno effettuate solo dopo aver attivato posti letto di strutture intermedie (Ospedali di comunità, Unità riabilitative territoriali, Hospice) e dopo aver rafforzato l'intera rete territoriale.

Occorre in generale invertire la tendenza a tagliare posti letto e servizi nel pubblico come anche segnalato dai Sindacati dei Medici e del comparto. Il progressivo scivolamento verso la privatizzazione della sanità veneta riguarda i servizi socio-sanitari, le attività ambulatoriali della specialistica e diagnostica, la riabilitazione, ma sta occupando anche i servizi di diagnosi e cura e la Medicina generale. Tutto ciò preoccupa perché aree importanti dei diritti alla salute sono sottoposte alle logiche inaccettabili

del business. E' funzionale a questo disegno l'inerzia nell'affrontare il **problema delle liste di attesa**. La propaganda delle aperture serali e festive ha alzato una cortina fumogena sui problemi non risolti della carenza di personale. Né rappresenta una soluzione la facile scorciatoia del ricorso agli appalti dei servizi di assistenza con grave pregiudizio per la tutela dei diritti delle persone in condizione di maggiore fragilità. I presunti successi sbandierati dalla Lega sulle liste di attesa sono smentiti da due elementi che pesano gravemente sui cittadini veneti. Il primo è il fenomeno dei "galleggiamenti" per cui il tempo di attesa viene misurato non dal momento della richiesta di prestazione, ma dal momento in cui l'Azienda Sanitaria comunica la disponibilità della prestazione stessa: il tempo di attesa così calcolato viene ad essere completamente falsato, realizzando una vera e propria "truffa" ai danni del cittadino e del Ministero della Salute. Il secondo è il problema dell'accessibilità ovvero l'assegnazione del luogo di erogazione delle prestazioni in sedi distanti anche più di 50 km dalla sede di residenza. E si tratta di le prestazioni semplici e frequenti pertanto si costringono i cittadini, spesso anziani e pluripatologici, a vere e proprie migrazioni sanitarie faticose e costose.

Per contrastare il fenomeno delle liste di attesa è necessario agire attraverso una azione "sartoriale" legata sia al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva che alla riorganizzazione più funzionale e precisa dei criteri di priorità e relativi tempi. (Per esempio devono assolutamente essere tenute separate e gestite in modo differente le prime visite dalle visite di controllo). Anche la distanza di erogazione dal luogo di residenza deve essere "tarata" in base alla gravità ed età dei pazienti.

6. AVERE UN NUMERO DI IMPEGNATIVE CONGRUO AI BISOGNI PER LE CASE DI RIPOSO E LE STRUTTURE RESIDENZIALI PER DISABILI FISICI E PSICHICI: DA 10 ANNI E' TUTTO FERMO!

La riforma delle IPAB è ancora ferma e il problema delle impegnative della residenzialità (insufficienti sia nel numero che nel valore delle singole quote), è ingessato in una forma di negazione totale da parte di Zaia. Il valore delle quote sanitarie è fermo dal 2009!

E' insopportabile il razionamento delle impegnative per consentire l'accesso ai servizi residenziali e semi-residenziali di disabili e anziani non autosufficienti, secondo le condizioni dei nuovi LEA. **Per i centri servizi Anziani di fronte a quasi 33.000 posti letto accreditati ci sono 25.000 quote sanitarie**, ciò vuol dire che ci saranno famiglie di serie A che pagheranno meno il costo della retta alberghiera e famiglie di serie B, senza la quota sanitaria che si dovranno pagare per intero la il costo del servizio, cioè dai 2300 ai 3000 euro al mese. La casa di riposo a questo punto in Veneto è passata da diritto a privilegio! **Il fondo della non-autosufficienza deve quindi assolutamente aumentare. Si può introdurre una "tassa" di scopo, che su base generale risulterebbe estremamente bassa andando così finalmente a eliminare quella odiosa tassa occulta molto elevata in quanto pagata solo dalle famiglie venete più sfortunate (quelle che devono farsi carico di anziani e disabili non autosufficienti).**

Aggiungiamo una necessaria riflessione sul problema delle numerose case di riposo totalmente private for profit che la Lega ha promosso negli ultimi cinque anni. Sono state costruite e verranno a breve realizzate un totale di 35 case di riposo "commerciali", che stanno già devastando il sistema delle IPAB e del privato sociale. La non scelta di attivare la riforma è una precisa presa di posizione di Zaia per favorire l'ingresso del privato commerciale nel sistema!

Al contrario è essenziale favorire uno stretto rapporto fra Comuni, IPAB, settore sociosanitario (e ospedale), per le criticità della non autosufficienza. a partire dalla ridefinizione di nuovi standard per la non autosufficienza a fronte dello spostamento nelle RSA di persone con carico assistenziale molto più complesso del passato.

7. FARE DELLA VERA PREVENZIONE: AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO, FUMO, DIPENDENZE

Non ci sarà alcuna sostenibilità per il SSR veneto se non si attua una politica seria di prevenzione delle malattie e di promozione della salute. Tuttavia i Dipartimenti di Prevenzione, anziché rinforzarsi con la fusione delle ULSS sono stati svuotati di ruoli, di personale e di mezzi. Tutti i Direttori di Dipartimento hanno un incarico provvisorio. E gli SPISAL, per la sicurezza sul lavoro, presentano carenze assurde. Nel "Veneto dei record" abbiamo meno addetti di 15 anni fa. Anche per i settori dove non mancherebbero i professionisti sul mercato (ad esempio i Veterinari), non vengono lanciati i bandi di concorso. Il personale

che lavora nei Dipartimenti di Prevenzione parla di “sistematico smantellamento” del personale e dei servizi.

Ciò comporta anche una riduzione dei controlli sulla produzione nell’agro-alimentare: una deregulation nei fatti.

Paradossalmente, **l’invecchiamento della popolazione imporrebbe già da anni la necessità che questa conquista sia accompagnata alle migliori condizioni di salute possibili sia per favorire la qualità di vita delle persone che per ridurre il costo sociale (impegno strutturale, affettivo ed economico) delle patologie croniche di lunga durata. Esse infatti risultano essere anche la principale causa di impegno sanitario con evidenti ricadute economiche.**

È necessario, quindi, un’organica politica di prevenzione primaria, secondaria e terziaria favorendo il cosiddetto “empowerment degli individui e della comunità”. Sia la prevenzione primaria (interventi di promozione della salute e della cultura della salute negli individui sani), che quella secondaria (soprattutto gli screening), che infine quella terziaria (riduzione delle complicanze e rallentamento della progressione delle patologie croniche) dovranno essere una priorità assoluta di intervento. Devono essere ridotti sia i fattori di rischio individuali (esposizione volontaria a sostanze e situazioni nocive, scorretta alimentazione, eccessiva sedentarietà, scarsa attività fisica) che sociali (inquinamento di aria, acqua e cibi, rischi sul lavoro, sicurezza stradale).

Il Veneto è una delle Regioni più inquinate d’Italia. L’Europa e l’OMS ritengono la nostra regione un osservatorio mondiale importante per l’individuazione delle conseguenze dei **PFASs** (Sostanze Perfluoro Alchiliche) sulla salute delle persone. Nelle zone maggiormente contaminate delle province di Vicenza, Verona e Padova sono state infatti rilevate nel sangue delle persone residenti, concentrazioni di PFASs enormemente superiori a quelle riscontrate nelle persone che risiedono in altre aree. L’aria della Pianura Padana veneta è tra le più inquinate del Pianeta. Il **consumo di suolo** in Veneto è tra i più alti d’Italia.

Il Partito Democratico propone un approccio di *health in all policies* che possa invertire questo trend desolante e pericoloso.

E’ necessario intanto potenziare i servizi degli SPISAL per l’importante settore della sicurezza sul lavoro, che vede il Veneto sempre tra le regioni con più decessi. In questo risulta fondamentale un dialogo ed una sinergia con i Sindacati.

E’ necessario rafforzare i Servizi di Igiene degli Alimenti e Nutrizione (SIAN) e i Servizi Veterinari per garantire ai consumatori alimenti sicuri e sani, ma anche per un’azione efficace di prevenzione dell’obesità, cofattore di rischio significativo per le malattie cronico-degenerative come il diabete, l’infarto del miocardio, l’ictus cerebrali, l’artrosi e alcune forme di neoplasia. Il 25 % della popolazione del Veneto è in sovrappeso od obesa (preoccupante il risultato di un recente studio in cui è emerso che il 19% dei ragazzi delle classi terze della Scuola Primaria siano sovrappeso o obesi).

Le piaghe del fumo di sigaretta, della droga, dell’alcool e della ludopatia devono essere affrontate a 360 gradi con programmi specifici che coinvolgano scuole, società civile, volontariato, parrocchie, servizi sociali e sanitari. Nel campo delle dipendenze per anni c’è stato un vuoto assoluto nelle azioni di prevenzione. Va attivato il piano regionale dipendenze, mancante dal 2008, e vanno rafforzate le equipe multiprofessionali!

Infine, risulta fondamentale una **strategia programmatica rivolta ai territori fragili (in particolare quelli collocati in area montana, lagunare e deltizia) da una parte per non lasciare le comunità senza servizi sanitari dall’altro per attuare strategie di prevenzione ambientale in senso ampio per far fronte all’eventualità di catastrofi naturali, purtroppo sempre più frequenti.**

Per concretizzare quanto sopra il PD propone che alla Prevenzione venga annualmente destinato non meno del 5% del Fondo Sanitario Regionale.