

Il dibattito che si è aperto in Veneto sulla nuova governance della sanità e sulla riduzione del numero delle ULSS richiede non solo alcuni necessari approfondimenti ma anche opportune sedi di confronto, perché la complessità e la delicatezza della materia sconsigliano scorciatoie e provvedimenti assunti a colpi di maggioranza.

Limitarsi alle audizioni in V Commissione, rischia di trasformare questa partita in uno scontro dai contorni poco utili anche rispetto agli obiettivi dichiarati dal provvedimento, a partire da quello, condivisibile, dell'efficiamento della governance. Tutto questo anche alla luce delle osservazioni espresse da più parti, in particolare da Amministrazioni locali e Conferenze dei Sindaci.

Le questioni da affrontare sono principalmente:

1. La piena applicazione del nuovo PSSR, la cui attuazione sta subendo pesanti rallentamenti, con l'obiettivo di affermare il primato del modello Veneto di integrazione socio sanitaria, le funzioni e le competenze affidate ai distretti e il rilancio dei piani di zona;
2. il sistema di governance, collegato al bilanciamento dei poteri e dei controlli, all'attivazione di un sistema di concertazione e di partecipazione;
3. l'analisi dei risparmi concretamente realizzabili con questa operazione di riorganizzazione e la finalizzazione delle risorse per migliorare le prestazioni socio-sanitarie e per accelerare il processo di riordino del sistema delle cure primarie;
4. il pieno coinvolgimento delle rappresentanze dei lavoratori nel condividere strategie ed obiettivi.

Il progetto di legge presentato configura invece un modello che tende a smantellare l'integrazione socio sanitaria, accentrando poteri e competenze nelle mani di un unico soggetto (il Direttore Generale dell'Azienda Zero).

Lo slogan "meno ospedale e più territorio" che ha accompagnato tutto l'iter di approvazione del nuovo piano socio-sanitario, alla realtà dei fatti, si sta sempre più modificando in "più ospedale e meno territorio".

I principali strumenti di integrazione socio-sanitaria e di sviluppo delle attività territoriali non decollano; è in ritardo l'aggregazione dei medici di medicina generale, l'avvio delle strutture intermedie (Ospedali di comunità, Unità riabilitative territoriali, etc.), l'attivazione delle centrali operative territoriali (in molti casi delineate solo sulla carta e molto diverse, tra Ulss, nel loro modello), il potenziamento delle attività distrettuali.

Va, per questo, ribadita la centralità del Distretto quale luogo essenziale per attuare l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali così come previsto dalla Dgr n. 975 del 18/06/2013.

Lo stesso deve garantire l'erogazione dei servizi e delle prestazioni attinenti al sistema delle cure primarie, delle strutture di ricovero intermedie e dai centri servizio; deve garantire la presa in carico dei pazienti in maniera coordinata e continuativa.

Per queste ragioni non si condivide la proposta di eliminare la figura del Direttore dei Servizi sociali e della funzione territoriale, attribuendone le funzioni al Direttore Sanitario perché questo contrasta con la necessità di sviluppare una efficace integrazione.

La stessa revisione degli ambiti territoriali delle ULSS, anche da noi auspicata e richiesta da anni, rischia di diventare, ancora una volta, terreno di scontro.

Premesso che la riduzione del numero delle ULSS poteva e doveva essere fatta contestualmente all'adozione del nuovo Piano Socio sanitario regionale e alla definizione delle schede ospedaliere e territoriali (delle schede territoriali, per la verità, si sono perse le tracce), la proposta della riduzione a 7 (una per provincia più le due Aziende Ospedaliere di Padova e Verona e lo IOV), andrebbe accompagnata da una chiara e trasparente definizione dei compiti e ruoli delle ULSS evitando che la discussione sulla loro riduzione numerica si trasformi, come spesso è avvenuto in passato, in forme di scambio politico. E' del tutto assente, in questa proposta, un'analisi relativa alla definizione di quali dovrebbero essere gli ambiti ottimali dei servizi socio sanitari, che tenga conto, ad esempio, anche delle modifiche degli assetti istituzionali (fusioni e/o accorpamenti funzionali dei comuni, avvio della città metropolitana, ecc.). Così come è del tutto assente un'idea di ridefinizione complessiva di tutta l'area del sociale legata in parte, ma non solo, alla riforma delle IPAB (oggetto di un'altra proposta di legge), che metta fine al caos attuale e consenta di ricondurre questa partita nell'ambito della gestione integrata dei servizi. C'è anche, e non secondariamente, un problema di dotazioni organiche, di organizzazione del lavoro e di riorganizzazione dei servizi che sia coerente con gli obiettivi strategici del PSSR.

In questo contesto, la proposta dell'Azienda Zero, come ente di governo della sanità regionale, se per un verso va incontro alla necessità di maggiore efficienza e di coordinamento, per altro verso – per come è scritta la proposta di legge – si profila come un Ente rigidamente monocratico (è prevista solo la figura del Direttore generale) che assumerà su di sé compiti e funzioni di programmazione, gestione e coordinamento, con la sostanziale esautorazione delle prerogative e dei compiti in primis del Consiglio Regionale, ma anche in qualche misura della stessa Giunta e dell'assessore competente. In pratica il Consiglio Regionale esce di scena. Il Direttore generale, fra l'altro, avrà anche il compito di nominare i componenti del Collegio sindacale, cioè dell'unico organismo di controllo, peraltro solo contabile, che per definizione dovrebbe essere "terzo". Un Direttore generale, quindi, che dovrà rispondere solo alla Giunta e, al massimo, in qualche caso, alla competente commissione consiliare.

E' del tutto evidente che si può e si deve ragionare di un bilanciamento dei poteri e dei sistemi di controllo, anche con il coinvolgimento di altri soggetti (i direttori generali delle ULSS, le conferenze dei sindaci, le parti sociali). Vanno pertanto riviste le competenze che il progetto affida in esclusiva al Direttore Generale, e in particolare quelle che riguardano la governance e le politiche relative alle risorse umane e tecnologiche nonché agli investimenti e il sistema degli obiettivi e dei risultati delle Aziende ULSS e degli altri enti del SSR nonché la definizione e il monitoraggio dei costi standard (punto e. progetto di legge). Per quanto riguarda la programmazione, invece, riteniamo che questa debba essere affidata al Consiglio Regionale.

Anche a seguito di tali proposte, riteniamo che gli spazi di decisione non debbano essere ristretti ma allargati. Per conoscere meglio bisogni e potenzialità del territorio è necessario fare rete, condividere

obiettivi, socializzare i risultati. Con i soggetti erogatori, i destinatari dei servizi e prestazioni, con chi "ancora" per legge nazionale ha la responsabilità della salute nella comunità.

Per questo riteniamo utile il rilancio della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria regionale, istituita ai sensi dell'art. 2 comma 2bis della Legge 502/92 e successivi provvedimenti regionali. Oltre ai compiti previsti dalla sopra richiamata Legge n. 502/92, la Conferenza permanente dovrebbe essere obbligatoriamente sentita sulle tematiche riguardanti l'integrazione socio-sanitaria, ed esprimere preventivamente un parere sui provvedimenti di riparto complessivo delle risorse.

I 5 componenti del "Comitato di indirizzo" dell'Azienda Zero, previsti nella proposta di legge, con la funzione di verificare la conformità dell'attuazione alla programmazione regionale sanitaria, per quanto sopra, si propone siano indicati dalla "Conferenza permanente Regionale".

Per analogia, vanno rivisti ruolo e poteri delle Conferenze dei Sindaci delle 7 Ulss, affidando a questo organismo più poteri di controllo e programmazione.

Sempre con riferimento alla Legge n. 502/92 si ritiene utile disciplinare anche la costituzione del Comitato dei Sindaci del Distretto, che concorre alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal Programma delle attività territoriali.

I risparmi derivanti, a regime, da questa complessa riorganizzazione, devono esplicitamente essere reinvestiti nel sistema socio sanitario proprio per renderlo più efficiente e più rispondente alle vecchie e nuove esigenze di salute della popolazione. Anche su questo è importante aprire una riflessione.

Per quanto riguarda il personale, si ritiene necessario partire da un'analisi delle dotazioni organiche (vista anche la fase sperimentale in atto sui minuti di assistenza) tenendo conto della carenza di personale che da anni caratterizza l'intero settore, con l'obiettivo di garantire dotazioni adeguate al nuovo modello e alle priorità indicate nel piano ricorrendo anche a nuove assunzioni.

Per questa ragione è necessario che il percorso di riduzione/accorpamento delle ULSS sia accompagnato dalla costituzione di un tavolo permanente di confronto con le organizzazioni sindacali di categoria rappresentative del Comparto e della dirigenza.

E' altresì necessario definire con maggiore chiarezza la partita degli appalti, in primo luogo dando piena attuazione al protocollo già sottoscritto in materia con CGIL CISL e UIL confederali, e aprendo un confronto con le organizzazioni di categoria per quanto riguarda i percorsi di internazionalizzazione/esternalizzazione dei servizi oltre che sul rispetto delle norme contrattuali.

Per quanto sopra chiediamo la sospensione dell'iter del provvedimento e la convocazione di un tavolo regionale di confronto.

Mestre, 1 ottobre 2015