

CONVEGNO

D.LGS.229/1999 LEGGE 328/2000 : RIFORMA DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO SANITARI E TUTELA DEL WELFARE, MODELLI A CONFRONTO

16 GIUGNO 2005

VILLA MANIN DI PASSARIANO, UDINE

Giampietro Rupolo, Dirigente Direzione Piani e Programmi socio-sanitari Regione Veneto

Rispetto a quanto detto dai relatori che mi hanno preceduto aggiungerò alcuni elementi di ordine didascalico in merito alla situazione della Regione Veneto e nell'ultima parte del mio intervento vorrei sviluppare con voi due riflessioni generali di sistema, per allargare, poi, eventualmente il discorso.

Come è stato illustrato anche questa mattina la Regione Veneto ha una consolidata tradizione in materia di integrazione dei servizi socio-sanitari, tant'è che le nostre aziende si chiamano ancora ULSS, ovvero Unità Locali Socio-Sanitarie. E' questa una scelta strategica che la Regione intende mantenere e, nella sostanza, si estrinseca attraverso l'interfaccia Regione – Azienda per permettere lo sviluppo del flusso programmatico dal centro alla periferia e passando per il flusso finanziario. In sintesi, sono le Aziende che realizzano con gli strumenti finanziari e programmatori che vengono loro forniti dalla Regione le programmazioni locali. Non mi soffermerò sulla programmazione ospedaliera perché ci porterebbe fuori tema, un cenno soltanto per dire che, negli ultimi anni, la normativa regionale pur in assenza di un nuovo piano regionale socio-sanitario che la precedente legislatura non ha fatto in tempo ad approvare, ha continuato a realizzare quanto era sostanzialmente previsto. Il nuovo piano, denominato "Piano dei servizi alla persona e alla comunità", già nel titolo indica la filosofia sulla cui base è stato costituito la stessa più volte richiamata negli interventi della mattinata : la necessità di porre il paziente, l'individuo, con i suoi bisogni, sanitari e sociali, al centro degli obiettivi da perseguire tramite la programmazione. La programmazione, quella attuale, realizzata sul territorio e quella prevista, che incrementa questa filosofia e tende a creare un continuum tra l'assistenza all'individuo nel proprio domicilio e il massimo livello di assistenza "tecnica-specialistica" all'interno delle grandi strutture ospedaliere.

A livello della domiciliarità le risposte sono fornite in maniera integrata e intensa e il lavoro è coordinato dai Distretti. Preciso che il Distretto, secondo il modello della Regione Veneto, è una delle due gambe sulle quali si regge il sistema socio-sanitario, l'altra è il Dipartimento e riguarda l'area sanitaria sulla quale non mi soffermerò. Il Distretto è, pertanto, il perno all'interno del quale i Comuni e le forze sociali si confrontano con i Piani di programmazione locale. Attraverso il Distretto vengono realizzate tutte le iniziative, non soltanto relative all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria in senso stretto, ma anche di sostegno economico alle persone, sia pure in collaborazione con i Comuni. Una rete importante di servizi integrati viene, poi, fornita dalle attività distrettuali come i servizi di telesoccorso e telecontrollo e altre attività diurne, ma il Distretto è, soprattutto, il regista generale di tutte le attività di tipo residenziale. Nella Regione Veneto, infatti, la residenzialità extraospedaliera nel suo complesso è costituita da circa duecentosettanta strutture, ovvero un patrimonio di ventiseimila posti letto che supera di circa un migliaio gli attuali bisogni. E' in via di elaborazione una linea progettuale che consenta maggiore flessibilità sulle modalità di utilizzo sotto forma di "semi residenzialità", o di "residenzialità di sollievo", da un lato, e dall'altro la possibilità, da parte dell'utente, di poter scegliere la struttura all'interno della quale ritiene di poter trovare la risposta ai suoi bisogni.

Un'altra attività importante che viene utilizzata all'interno del modello di residenzialità extraospedaliera è quella degli "ospedali distrettuali", o "di comunità". E' questa una iniziativa recente, i primi cinque sono stati attivati lo scorso anno. Questa mattina l'assessore Beltrame ha fatto riferimento alla necessità di incrementare queste strutture di tipo intermedio, noi crediamo che queste strutture affidate non ad una regia distrettuale, bensì ad una gestione clinica da parte dei medici di medicina generale, con forte integrazione a livello sociale, possa meglio rispondere ad un certo profilo di bisogni.

Passo ora a due conclusioni di ordine generale. Tutta questa programmazione e non solo questa viene certamente discussa ai livelli politici decisionali regionali, ma viene anche confrontata all'interno della Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria che è costituita dai Presidenti delle Conferenze dei Sindaci della quale, tra l'altro, io sono il segretario, in qualità di direttore regionale della programmazione. Al riguardo posso dire che è una Conferenza molto attiva, soprattutto in questi ultimi due anni e realizza un forte confronto. Ho, però, notato un interesse diverso da parte degli amministratori locali, a seconda della tipologia del problema che viene trattato, per esempio se si affronta il problema degli ospedali per acuti i posti a sedere non bastano mai, perché oltre agli amministratori titolari partecipano alla riunione anche una serie di coorti di tecnici che li accompagnano. Se invece vengono affrontate altre tematiche, meno "di immagine" o "per acuti", invece, spesso, è difficile avere il numero legale della Conferenza permanente. E' questa una riflessione che faccio da segretario della Conferenza, perché credo che una forte attenzione per l'integrazione sul piano socio-sanitario sia necessaria da parte di tutti, senza distinguere in argomenti di serie "a", o "b".

Una seconda considerazione riguarda una osservazione molto stimolante dell'on. Bindi che ha evidenziato che lo spreco di risorse è strettamente connesso all'assetto dei poteri. E' chiaro che ci sono poteri decisionali, che spettano alla politica e poteri gestionali che, invece, attingono al ruolo delle Aziende, o dei direttori. Credo che, pur mantenendo l'attuale modello normativo, mi riferisco alla mia regione, ma ritengo sia un problema generale, dovremmo considerare sempre più l'insieme dei soggetti erogatori, Regione, Aziende e strutture interne alle Aziende, come una specie di holding regionale in cui la Regione sia la capofila e questo non per un neo-centralismo regionale (perché le aziende sono le consociate). Questo consentirebbe, infatti, di armonizzare i livelli di assistenza sul territorio senza creare, invece, una concorrenza di tipo negativo, cui faceva cenno l'assessore Veardo, del Comune di Genova, ma all'interno di una forte integrazione tra competenze e ricchezze presenti, sia pure in modo diverso, all'interno delle Aziende. Al riguardo credo che il modello di "area vasta" suggerito dalla Toscana sia un modello molto interessante, la Regione Veneto ne ha adottato un altro che non ho il tempo di illustrare, che è sicuramente più flessibile e che, credo, sarebbe utile studiare insieme.

Come ultimo tema vorrei parlare del contesto europeo che questa mattina è stato opportunamente citato. Spesso, infatti, programiamo guardando soltanto "dentro casa nostra" e non all'esterno, mentre invece il rapporto tra i nostri modelli e le stesse difficoltà e quelli degli altri è molto importante. Cito solo un esempio per richiamare che, talvolta, questo confronto è piuttosto scarso. All'ultimo European Forum a Gestein, lo scorso ottobre, il nostro Paese era scarsamente rappresentato, ma in quella sede, nella sessione riservata ai titolari di dicastero, si è dibattuto di un argomento molto importante: come poter sostenere un sistema equo e solidale, come è generalmente quello dei Paesi dell'Europa Centro-Occidentale, di fronte al crescente costo dei sistemi socio-sanitari e alla stabilizzazione, o addirittura riduzione, dei prodotti interni lordi di questi Paesi? Come dirigente della programmazione di una regione avrei voluto vedere attorno a quel tavolo più volti italiani, ma non c'erano e credo che questo sia un elemento sul quale bisogna riflettere.