

# Osservatorio sui sistemi sanitari

## L'esperienza della Regione Veneto\*

Franco Toniolo\*\*

Osservatorio sui sistemi sanitari

**SOMMARIO:** 1. Una lunghissima tradizione socio-sanitaria. – 2. Dalla Riforma “bis” del 1992 alla Riforma “ter” del 1999. – 3. Consolidamento del “modello” dal 2000 al 2012. – 4. Anno 2016: inversione di marcia. – 5. Il socio-sanitario avrà un futuro nel Veneto? – 6. Quali le ragioni? Una digressione nazionale.

### 1. Una lunghissima tradizione socio-sanitaria

Cominciamo con la “preistoria”.

Ancor prima del varo della Riforma sanitaria del 1978, la Regione istituisce i “ConSORZI socio-sanitari” (L. r. 80/1975).

A ben vedere non è da stupirsi. Data all’anno 1000 la nascita delle prime “Opere pie”, istituzioni caritatevoli ed assistenziali. Che si diffonderanno nei secoli successivi, anche per le numerose donazioni e la capillare presenza ed influenza della Chiesa, molto attiva in questa politica sociale.

Quando nel 1968 con la Riforma “Mariotti”, si istituiscono gli ospedali pubblici, questi, un po’ ovunque ma in particolare in Veneto, originano dalla pubblicizzazione della “parte sanitaria” delle ex Opere pie, ora IPAB, nel frattempo istituite e normate dalla Legge “Crispi” della fine ’800.

Quindi la capillare (e sovrabbondante) rete ospedaliera veneta ha sempre dialogato con la parte socio-assistenziale, essendo nata da una sua costola...

Con la legge regionale sui Consorzi socio-sanitari il Veneto anticipa i contenuti della Riforma sanitaria del 1978, almeno per quanto riguarda l’assetto territoriale: unico ed integrato ambito di gestione ed erogazione delle attività e prestazioni sanitarie e sociali. La dimen-

\* Intervento nella tavola rotonda “Modelli regionali? Esperienze e punti di vista a confronto” promossa all’interno del XV Convegno nazionale di diritto sanitario “Il sociosanitario: una scommessa incompiuta?”, organizzato ad Alessandria, il 16-17 novembre 2017, dal Centro d’eccellenza interdipartimentale per il management sanitario (CEIMS) dell’Università del Piemonte Orientale. Contributo referato dalla Direzione della Rivista.

\*\* Presidente della Società italiana di sociologia della salute, francotoniolo313@gmail.com

sione degli originali Consorzi è sostanzialmente coincidente con gli attuali Distretti: altro elemento di sostanziale continuità.

Sostanziale continuità anche nelle politiche programmatiche.

Infatti dopo una iniziale programmazione (a metà degli anni'70) della sola rete ospedaliera, sovrabbondante e mal distribuita perché nata come si è visto, la Regione vara il primo Piano socio-sanitario regionale (L. r. 13/1984).

In contemporanea con il primo Programma triennale socio-sanitario 1983-85 (C. R. 983/1984). Prosegue poi la sua politica integrata socio-sanitaria con il Piano socio-sanitario regionale 1989-91 (L. r. 21/1989) e con il Piano sociale regionale 1989-91 (L. r. 22/1989).

## 2. Dalla Riforma “bis” del 1992 alla Riforma “ter” del 1999

Nel 1992 avviene la svolta istituzionale ed organizzativa sulla sanità (per fortuna non sui contenuti delle politiche: universalismo, prevenzione-cura-riabilitazione ecc.). Con la regionalizzazione e l'aziendalizzazione, che si porta appresso l'estromissione dei precedenti gestori, i comuni.

Il Veneto, forte della autonomia derivante dalla regionalizzazione, non cambia però il suo modello socio-sanitario, nonostante la cesura operata nei confronti dei comuni.

Anzi, i Piani socio-sanitari e Socio-assistenziali (o Sociali), non verranno più approvati “in contemporanea”, come visto, ma saranno due parti di una unica legge regionale di programmazione delle politiche integrate e di normazione dei rapporti, ambiti e competenze istituzionali.

Il Veneto, da questo punto di vista, è in perfetta sintonia (per certi versi l'ispirerà) con la Riforma “ter” del 1999, che recupera un ruolo ai comuni e indica nelle politiche integrate socio-sanitarie il “modello” cui ogni regione dovrebbe attenersi.

Anche se sappiamo che, proprio in virtù dell'autonomia sancita dalla regionalizzazione (costituzionalizzata poi con la Riforma del Titolo V), molte regioni non lo adotteranno (vedi per tutte la Lombardia).

## 3. Consolidamento del “modello” dal 2000 al 2012

Dopo aver accennato al lungo percorso normativo, dal punto di vista formale, sintetizzo i principali contenuti dell'esperienza dell'integrazione socio-sanitaria veneta:

- deleghe dei Comuni alle ULSS (con la doppia s: Unità locali socio-sanitarie...), ad eccezione dei più importanti capoluogo di Provincia;
- forte valenza dei Piani di zona, costruiti con e approvati dai sindaci;
- ruolo importante della Conferenza dei sindaci rispetto alle ULSS (e a livello dei Distretti), e della Consulta regionale per la programmazione socio-sanitaria (Presidenti Conferenze dei sindaci, ANCI, UNCEM) rispetto alla Regione;

- Direttore dei Servizi sociali con competenze e stipendio al pari degli altri Direttori delle ULSS;
- Direttore regionale unico per Sanità e Sociale.
- Piano socio-sanitario regionale 2012-16 (L. r. 23/2012): conferma dei pilastri fondamentali del “modello” integrato, con novità (attuazione Legge “Balduzzi”, Ospedali di Comunità, potenziamento ADI (assistenza domiciliare integrata), maggiore integrazione territoriale per le “IPAB” ecc.).

#### 4. Anno 2016: inversione di marcia

Con l'approvazione della L. r. 19/2016, che istituisce l'Azienda Zero (con fortissima, abnorme concentrazione di competenze a livello centrale, regionale, non a caso “Azienda” e non “Agenzia”, come in alcune Regioni) e accorpa le ULSS con una dimensione provinciale (con due eccezioni “politiche”), si prefigura per la prima volta uno stop alle politiche integrate socio-sanitarie.

Non tanto nelle enunciazioni normative in sé (a parte quanto detto per l'Azienda Zero) quanto nella concreta sostanza attuativa, demandata intanto alle Linee guida regionali del 2017 per gli Atti aziendali.

In questa sede solo qualche accenno: depauperamento di strutture e risorse territoriali (quasi dimezzate le previsioni di Unità operative complesse territoriali) per la costituzione dell'Azienda Zero a iso risorse, totale marginalizzazione dei sindaci e molto altro, mentre nulla viene innovato nella rete ospedaliera...

Si può ipotizzare un' inversione di tendenza in quanto il vigente (anche se in prorogatio) Piano socio-sanitario regionale 2012-16, come visto, prosegue la politica di rafforzamento delle politiche territoriali sanitarie e sociali e l'integrazione fra le varie prestazioni e servizi.

#### 5. Il socio-sanitario avrà un futuro nel Veneto?

È troppo presto per trarre conclusioni, ma i campanelli d'allarme ci sono tutti.

A rilevarlo non sono solo i partiti all'opposizione in Consiglio regionale, tradizionalmente favorevoli alle politiche territoriali, all'integrazione socio-sanitaria (è fisiologico), o altri attori come Associazioni, Terzo settore, Sindacati ecc. (che si fanno comunque sentire).

Sono due fra i protagonisti di questi processi.

In questi giorni i medici di medicina generale, dopo un periodo di agitazione, sono in sciopero contro la Regione non solo (anche) per rivendicazioni “categoriali” ma per la non attuazione del Piano socio-sanitario regionale, per la parte territoriale. Anche la FIMMG condivide le linee del Piano, ma lamenta, appunto, la sua non attuazione, il fatto che quanto previsto e condiviso dall'insieme della società veneta, che ne connota l'identità in questo settore, rimanga sulla carta (non attuazione delle Medicine di gruppo integrate –

le UCCP della Legge “Balduzzi” –, degli Ospedali di Comunità, delle Unità territoriali di riabilitazione, ecc.).

L'altro interlocutore che non manca di far sentire la propria voce sono i comuni. L'ANCI regionale sempre più frequentemente sollecita, polemizza, con la Regione per la mancata adozione di provvedimenti attuativi delle politiche approvate anche con il consenso dei comuni stessi.

Le Conferenze dei sindaci polemizzano ad es. sul fatto che il Veneto è ormai l'ultima (assieme ad un'altra) Regione a non aver legiferato sulla Riforma delle IPAB, in attuazione della Legge quadro del 2000, e sul fatto che l'adeguamento dei posti letto convenzionati e della quota regionale (per la parte sanitaria) sono fermi dal 2009, con notevoli disagi ed aggravii per le famiglie e i comuni. Solo per portare un esempio.

L'elenco sarebbe lungo, e francamente dispiace...

## 6. Quali le ragioni? Una digressione nazionale

Frequentemente viene argomentato che il Fondo sanitario nazionale è stato tagliato (o quantomeno non adeguato), mentre quello sociale è addirittura quasi scomparso. Quindi...

Due Ricerche (Cergas, 2005 e Formez, 2007) classificano i vari “modelli” regionali. Se si sommano quelli “integrati” con quelli “quasi-integrati” si raccolgono 16 regioni. Se si escludono la Lombardia e la Valle D'Aosta (che fanno storia a sé), ne rimangono 3, che hanno un modello “separato”. Guarda caso, sono quelle che da sole fanno circa i tre quarti del deficit nazionale.

Deficit che certo dipende da molti fattori. Dall'insufficienza del FSN (sono note le percentuali rispetto al PIL, mediamente più alte, degli altri Paesi, dalla UE agli USA), dagli sprechi ancora presenti, ecc.: non è questa la sede per una loro puntuale disamina.

Ma almeno non si dica che il socio-sanitario (a parte altre considerazioni civiche, etiche, ecc.) non possiamo permettercelo come modello, politica, perché costa di più di altri modelli o politiche...