



Associazione ex Consiglieri Regionali ed ex Parlamentari della Regione Veneto
con il patrocinio:
del Consiglio Regionale del Veneto
della Giunta regionale del Veneto

CONVEGNO REGIONALE

Legge 833/1978 trenta anni di servizio sanitario nazionale

La persona e la sua salute: *“Il territorio, appropriatezza delle cure e delle strutture, nuova frontiera della sanità”*

Relazione di Luigi Covolo
Segretario dell'Associazione

Lunedì 27 Ottobre 2008

Archivio Antico, Università degli Studi di Padova Palazzo del Bo'.



ASSOCIAZIONE EX CONSIGLIERI – REGIONE VENETO

Relazione

Il convegno di oggi, vuole collegarsi a quello che questa Associazione ha promosso alcuni anni fa e precisamente il 25 novembre del 1994 per riprendere una riflessione alla luce delle esperienze e novità che hanno profondamente mutato il contesto e i riferimenti: la popolazione con un progressivo aumento delle aspettative di vita e conseguenti patologie, la ricerca che ha raggiunto traguardi sempre più rilevanti, le compatibilità finanziarie che hanno pesato e ancora di più pesano con il principio della universalità del sistema e del diritto alla salute.

Abbiamo riflettuto a lungo in sede di commissione e negli organi dirigenti della associazione su cosa doveva rappresentare questa iniziativa; se cioè doveva affrontare tutti i temi in capo alla sanità e al sociale o se doveva, invece, individuare delle priorità su cui incentrare e proiettare una politica di innovazione in grado di corrispondere alla domanda di salute e ad un tempo armonizzare la stessa crescente domanda con le compatibilità economiche di una società che oggi si misura nella globalizzazione mondiale.

Queste riflessioni hanno portato ad una scelta molto chiara: da un lato la volontà a non incrociarci con le istituzioni nel merito delle gestioni, dall'altro la esigenza che avvertiamo di rappresentare alle istituzioni e in particolare al Consiglio Regionale e alla Giunta Regionale, alcune valutazioni e proposte che intendiamo consegnare alla loro valutazione e determinazione.

La preparazione di questo evento, è stata segnata da una ricerca che ha vista impegnata in modo particolare la commissione che si occupa dei problemi socio-sanitari dell'Associazione, in collaborazione con l'Associazione ex parlamentari del veneto. Un lavoro segnato non più da divergenze o rivalità politiche, ma proteso a capire i fenomeni per individuarne le soluzioni, per offrire indicazioni maturate dall'esperienza alle istituzioni in carica, Consiglio Regionale e Giunta Regionale in primis, ma anche i sindaci, Comunità montane e soprattutto gli utenti e i cittadini che sono i destinatari del nostro lavoro.

Voglio per questo, ringraziare l'ufficio di presidenza dell'Associazione, il Comitato Direttivo, l'Associazione Veneta degli ex Parlamentari per l'impegno profuso, in particolare i colleghi che in commissione hanno operato: Laura Biasibetti, Antonio Bogoni, Roberto Buttura, Paolo Cadrobbi, Giorgio Gabanizza, Renzo Pittarello e gli ex Parlamentari Lino Armellin e Enzo Zotti. Un ringraziamento particolare per il supporto dato anche da Luigino Candiotta e Giovanna Corazzon unitamente alla segreteria dell'Associazione.

Il convegno, lo stiamo celebrando, in un contesto temporale che spinge a produrre una accelerazione nelle scelte. Gli avvenimenti economici di questi giorni evidenziano la precarietà della situazione. La globalizzazione, in ogni caso è destinata ad incidere sulle nostre condizioni ancor più di quanto fin'ora non abbia inciso.

Abbiamo in commissione e nel Direttivo dell'Associazione discusso a lungo come dicevo su che convegno fare e la scelta è capitata come si evince dal titolo su un riferimento: **i 30 anni di Servizio Sanitario Nazionale** con un approccio unitario **“La persona e la sua salute”**, ma con una priorità che riteniamo oggi **una nuova frontiera dell'innovazione in sanità**: il recupero al

territorio del 95% delle prestazioni socio-sanitarie, avviando con determinazione una politica di appropriatezza delle cure e soprattutto delle strutture. La continuità assistenziale 24 ore al giorno su 24 e sette giorni su sette reimpostando il ruolo dell'ospedale per prestazioni per le quali necessita il ricovero e alte specializzazioni, quale terminale della domanda del territorio stesso.

Organizzare quindi in modo organico e strutturato il territorio attraverso sedi operative uniche UTAP (*Unità territoriali di Assistenza Primaria*)- Case della Salute-Gruppi di Cure Primarie ecc.) per fare delle cure primarie al pari dell'ospedale nei diversi ruoli, luoghi di risposta alla domanda di salute con pari eccellenza rimuovendo gli ostacoli, chiamando in causa l'informatizzazione e il ruolo e le funzioni delle Università.

Recuperare in modo organico nel sistema sanitario regionale i medici e i pediatri di famiglia i medici di continuità assistenziale (guardia medica) Gli specialisti ambulatoriali. Condizione affinché l'azione pubblica in campo sanitario dia i frutti che la comunità Veneta chiede.

Tradotto, noi pensiamo che in particolare il veneto per i buoni risultati fin qui raggiunti, può candidarsi a questa evoluzione, per avvicinare ai cittadini la risposta alla domanda di salute, per aumentare l'offerta soprattutto attraverso l'appropriatezza delle strutture nel territorio e dell'ospedale.

La pari eccellenza delle strutture nella risposta alla domanda di salute in stretta correlazione fra appropriatezza delle cure e pari appropriatezza delle strutture.

Una forte innovazione deve essere introdotta di conseguenza negli strumenti programmatori e gestionali della Regione e delle ULSS.

Attorno alla sanità da parte in particolare dei media, si è cercato di enfatizzare fatti di cosiddetta malasanità che pure ci sono, misconoscendo molto spesso le grandi qualità di un sistema come quello Veneto a far fronte alla complessa domanda di salute. Spesso si è rapportato a questo, anche l'aggravio dei costi nella sanità, con una miope visione di fare di ogni erba un fascio.

Si preferisce cioè enfatizzare la pagliuzza che stà di fronte all'occhio per non vedere la trave che acceca spesso lo stesso occhio. Gli scandali denunciati con i sottostanti sprechi, sono le pagliuzze che coprono i veri sprechi che sono quelli legalizzati.

Perché non ci chiediamo invece quanto pesa sul bilancio della sanità l'uso di strutture costosissime, Ospedali, policlinici impegnate per semplici attività ambulatoriali? Quanto costa ad esempio un prelievo o una qualsiasi prestazione ambulatoriale fatti in un grande ospedale e quanto potrebbero costare le stesse prestazioni in una struttura ambulatoriale appropriatamente strutturata fatti peraltro con la stessa eccellenza?

Il sistema sanitario Veneto ha raggiunto livelli di assistenza generalmente buoni e in molti casi ottimi con numerose realtà di eccellenza che lo colloca tra i primi posti nella graduatoria mondiale nel rapporto risorse impiegate e risultati conseguiti.

Questa situazione, non ha eliminato in questi anni il problema delle compatibilità economiche, anzi nei prossimi anni questo sarà una componente non secondaria dei problemi della sanità anche veneta.

Anche l'adeguamento puntuale del fondo sanitario regionale con l'inflazione programmata non consentirà la copertura dell'insieme delle esigenze economiche del sistema. Ed è bene precisare che il Veneto vede una popolazione in costante crescita dovuta a plurimi fattori non ultimo quello dovuto al saldo del movimento migratorio con l'estero, ma anche interno pari a circa 50.000 nuovi residenti su base annua. Non è poco. Ad ogni buon conto al 31 dicembre 2005, (dati della relazione sanitaria), la popolazione totale, in Veneto, si attestava a 4.738.313. Con lo stesso trend si possono ipotizzare i 5.000.000 nel 2010-2012.

Il modello socio sanitario regionale, a 30 anni dalla sua organizzazione unitaria, per i cambiamenti intervenuti nelle norme e nelle prassi, ha la necessità – per mantenere ed implementare la qualità acquisita – di entrare in un processo di revisione ed adeguamento, in una parola di **innovazione**.

Impegna a questo non solo l'urgenza di produzione di norme regionali, soprattutto in ambito sociosanitario e sociale, aggiornate e capaci di favorire buone prassi, sviluppo sostenibile dei servizi, ma anche l'approccio responsabile ai limiti attuali del sistema e la consapevolezza che le realtà territoriali e le esperienze locali virtuose devono diventare patrimonio comune.

In questa situazione, in ogni caso, è fondamentale avere presente da un lato lo stato delle cose come prima ricordato e dall'altro gli obiettivi di salute e di assistenza che si vogliono garantire ai cittadini della Regione per organizzare di conseguenza le azioni necessarie.

Parimenti, la sanità veneta va considerata anche sotto il profilo della realtà economica che rappresenta; circa il 7% del PIL regionale; dell'occupazione; delle risorse tecnologiche; nonché del grande potenziale rappresentato dalla ricerca. In definitiva un grande fattore di sviluppo oltre ad essere il più rilevante Servizio pubblico nella Regione

In questa ottica non è appropriata la dizione comune anche se spesso micidiale di “*spesa sanitaria*” quanto invece di investimento su un bene primario che è la salute dei cittadini.

Sul terreno degli obiettivi, noi riteniamo che il Veneto abbia tutte le condizioni per mantenere e ulteriormente rafforzare i livelli di servizi alla salute conseguiti, consapevoli che la tutela della salute e delle condizioni sociali rappresentano un discrimine civile, quale indice del progresso di un Paese.

L'obiettivo è quindi, da un lato la estensione e la promozione su tutto il territorio del concetto di eccellenza nella organizzazione e offerta di servizi, dall'altro la consapevolezza che è necessario garantire la universalità del servizio anche e soprattutto verso i ceti di persone meno abbienti.

Ciò è oltremodo rilevante se si considera come già oggi una fetta di popolazione meno abbiente non è in grado di accedere ad alcune prestazioni sanitarie gravate da onerosi tickets mettendo in discussione di fatto il principio di universalità del sistema. Il problema di recupero di risorse con l'appropriatezza delle strutture diventa un imperativo che deve essere perseguito contemporaneamente alla realizzazione della continuità assistenziale nel territorio nei termini prima ricordati.

PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE

“**L'Organizzazione medicina**” è la tutela globale della salute e che questa deve intendersi non solo come assenza di malattia ma anche come benessere psichico e sociale tale da ottenere, mediante lo sviluppo armonico della personalità dei singoli e nel rispetto dell'equilibrio uomo-ambiente, una vita socialmente ed economicamente produttiva per tutti. Occorre affermare che la salute è un diritto fondamentale dell'essere umano e che l'accesso al più alto grado possibile dell'organizzazione dei servizi sanitari costituiscono un obiettivo sociale di primaria importanza.

Le attività di tutela della salute possono essere suddivise in due vaste aree, la medicina clinica e la medicina preventiva, anche se alla fine costituiscono un insieme complementare. Fondamentali metodi di intervento della medicina preventiva sono la prevenzione primaria e la prevenzione secondaria.

L'obiettivo della prevenzione primaria è quello di mantenere la popolazione sana e ciò può essere perseguibile se si pensa che poche malattie sono inevitabili per l'umanità, essendo queste

determinate da una complessa serie di fattori che coinvolgono l'individuo, i suoi comportamenti e l'ambiente in cui vive.

Con l'aumento della prosperità la gente dimostra un interesse crescente per la salute e per il vivere sano in un ambiente sano, e ritiene che la preoccupazione riguardante la salute futura non sia più un lusso. Geoffrey Rose affermava che "è meglio essere in buona salute piuttosto che malato o morto" e ciò rappresenta, già da solo, un valido argomento a favore della medicina preventiva.

Negli ultimi decenni lo stato di salute della popolazione ha registrato un netto miglioramento, con un sensibile aumento della aspettativa di vita, sia per il sesso femminile, dove tale fenomeno risulta essere più marcato, sia per quello maschile. Ma nonostante ciò non si può ignorare la persistenza di gravi problemi in materia di sanità pubblica, quali la non indifferente quota di decessi evitabili, l'aumento dell'obesità (anche nella popolazione infantile) la permanenza (o l'aumento) delle disuguaglianze socio-economiche, l'invecchiamento della popolazione, e la comparsa di nuovi rischi sanitari quali quelli dovuti a malattie trasmissibili.

In particolare diventano emblematici i casi dell'obesità e del livello medio di colesterolo. Secondo i dati dello studio PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia), circa il 41% del campione della popolazione veneta considerato, è risultato essere in sovrappeso ed una percentuale ancora maggiore di non svolgere adeguata attività fisica: ben note sono le possibili conseguenze negative in seguito all'esposizione a questi fattori di rischio, per cui è facilmente intuibile il guadagno di salute che si potrebbe ottenere mediante il cambiamento di taluni comportamenti individuali e collettivi, che passano sotto il nome "nuovi stili di vita".

L'approccio della sanità pubblica alla prevenzione è basato quindi sulla valutazione del rischio a livello di popolazione. I livelli di intervento dovranno necessariamente passare dalla individuazione dei bisogni alla identificazione dei fattori di rischio, dalla individuazione degli interventi potenzialmente attuabili, alla scelta delle azioni da porre in essere.

Allo stato attuale del livello sanitario presente nella popolazione veneta, la prevenzione rappresenta già una realtà attiva in molti campi ma passibile di incremento.

Anche da queste considerazioni, si rafforza la nostra consapevolezza e determinazione che il nostro sistema veneto, che ha saputo raggiungere traguardi rilevanti, deve perseguire una politica determinata dalla parola chiave "innovazione". L'obiettivo deve essere una estensione dei servizi nella risposta di salute e sociale là dove si manifesta la domanda e cioè nel territorio, con la realizzazione della continuità assistenziale, fisicamente evidenziata da sedi uniche con operatività 24 ore al giorno per sette giorni, gestite dai Medici, con una adeguata presenza di strutture diagnostiche e personale infermieristico e di struttura, la presa in carico nel territorio dell'utente. Occorre cioè garantire l'appropriatezza delle cure e della assistenza, unitamente alla appropriatezza delle strutture.

Il binomio: appropriatezza delle cure e dell'assistenza e appropriatezza delle strutture deve rappresentare il punto di forza ed essere un tutt'uno nelle scelte di programmazione e di gestione ai vari livelli della organizzazione sanitaria Veneta.

Si tratta cioè di impostare correttamente il rapporto tra risorse (economicamente e finanziariamente intese) messe a disposizione dal Paese e costi delle prestazioni per assicurare i diritti delle persone e della collettività.

La domanda, molto seria che dobbiamo porci è la seguente: quali prestazioni devono essere assicurate? La risposta non è facile, anzi difficile, complessa; diverse possono essere le

appropriatezze: da quella metodologica a quella scientifica; da quella deontologica a quella etica per non parlare di quella economico-finanziaria.

Quella metodologica richiama la medicina occidentale che è una disciplina scientifica. Questa riguarda lo stile investigativo del medico (del clinico) al letto del paziente a fronte del quale decide se sia o non sia un'attività scientifica. E' vero che nella seconda metà "dell'800" la medicina diventa una scienza matura, anche se tutt'oggi, larghe parti di essa mantengono un profilo empirico (cioè pratico).

Parimenti, l'aggiornamento delle conoscenze è un fattore importante della formazione del medico del XXI° secolo. Ma da sole (appropriatezza e aggiornamento) non bastano. Come è noto, in clinica e nel territorio si devono assumere decisioni comportanti grandi responsabilità (anche di spesa). In questo contesto è fondamentale che l'agire medico faccia perno su conoscenze consolidate, al riparo da improvvisati mutamenti concettuali e da mode tanto effimere quanto costose.

La comprensione umana verso il paziente e la partecipazione del medico alla sofferenza di chi è ammalato sono due aspetti inscindibili dell'agire del personale sanitario e delle istituzioni sanitarie.

Tanto la legislazione quanto l'amministrazione sanitaria devono vedere l'appropriatezza etica come valore fondativo che legittima l'intervento medico-clinico sulla persona, pena l'abdicazione dell'uno (il medico) e dell'altra (amministrazione sanitaria). Un altro profilo della appropriatezza clinica riguarda la valutazione molto attenta (appropriatezza comparata) che il clinico deve fare per il bene della persona ammalata.

Il punto molto delicato che qui viene in considerazione, attiene al fatto che il clinico deve certamente perseguire la salute della persona, ma valutare, al tempo stesso, in quale misura le varie scelte medico-cliniche, in genere consensuali tra medico e paziente possono influenzare la vita della persona malata.

Il dato nuovo che si è affermato in questi ultimi anni è il profilo inedito dell'appropriatezza dell'agire clinico ossia la proporzionalità dell'intervento diagnostico e terapeutico in relazione ai diritti e alle problematiche della persona.

L'imponente sviluppo delle tecnologie le forti possibilità diagnostico-terapeutiche della Medicina, hanno prodotto una vertiginosa crescita della spesa sanitaria, al secondo posto, dopo quella previdenziale, il che deve sollecitare i decisori pubblici e forgiare e utilizzare schemi gestionali adeguati alla mutata domanda di prestazioni.

In una fase di riforma del Welfare l'appropriatezza diviene parametro di soddisfacimento del bisogno in rapporto all'adeguatezza/proporzionalità delle prestazioni erogate.

Se, come detto, l'obiettivo che va salvaguardato è tra diritto alla salute, la sostenibilità finanziaria del sistema, l'adeguatezza tecnologica delle prestazioni e l'equità distributiva, allora le questioni che abbiamo di fronte sono: la riorganizzazione della rete dei servizi sanitari a partire dal Territorio e ospedalieri, la ricerca scientifica e tecnologica, la infrastrutturazione delle, telecomunicazioni, viarie ed energetiche, l'aumento della produttività individuale e collettiva nelle imprese di produzione di beni e servizi.

Occorre cioè allargare la base produttiva e aumentare gli indici di produttività, condizioni per ottenere la crescita della ricchezza disponibile la sola in grado di sostenere l'aumento dei costi del servizio sanitario.

Se la libertà evoca l'autonomia della persona, la democrazia evoca, invece, la legittimazione del comando pubblico; entrambi però devono sottostare ad una comune regola che è la responsabilità, fuori della quale vi sono il caos, la prevaricazione e la protervia del potere.

Vogliamo una società nella quale il cittadino sia trattato con rispetto da parte di tutti i pubblici poteri, condizione per ottenere responsabilità e partecipazione.

Lo sviluppo e il progresso devono affondare le loro radici su questi valori legati alla persona in quanto tale, senza i quali il relativismo etico e il materialismo saranno una inevitabile quanto

letale conseguenza che sarà pagata dalle generazioni future, i cui sintomi già presenti, vanno energicamente contrastati con appropriate normazioni e comportamenti sociali, in armonia con i valori della nostra comunità.

L'umanesimo, la libertà responsabile, la dignità della persona, sono i tre valori fondanti come detto della nostra comunità, su questi valori si fondano la legittimazione e la legittimità di decisioni pubbliche riguardanti la vita delle persone in costanza di rapporti con il Servizio Sanitario Nazionale.

Il libro verde in questo senso offre un quadro entro cui sviluppare i concetti che abbiamo evocato.

Su questa lunghezza d'onda va anche costruito l'obiettivo di aumentare e migliorare le prestazioni sanitarie e sociali finalizzato anche alla riduzione del costo per unità di prestazione.

Punti di riferimento sono l'intesa Stato-Regioni del 29 luglio 2004. E' giusto ricordare che queste scelte strategiche sono state approvate all'unanimità dalla conferenza Stato Regioni in un periodo di gestione del coordinamento nazionale degli assessori alla sanità in capo al Veneto.

Su questa linea la Regione Veneto ha prodotto una direttiva per la sperimentazione delle UTAP in almeno due zone per ogni ULSS. Le esperienze fin qui fatte, anche se non contemplano le 24 ore, ma si attestano generalmente alle 12 ore hanno tuttavia marcato una sostanziale inversione di tendenza nella diminuzione dell'uso improprio delle strutture ospedaliere a partire dai Pronto Soccorso.

La precarietà e spesso l'assenza di un forte coordinamento hanno anche prodotto non sempre risultati coerenti sul piano dei costi.

Il recente atto di indirizzo del **Comitato di Settore** espressione delle regioni per il rinnovo delle convenzioni con i medici e pediatri di famiglia nonché medici di continuità assistenziale e specialisti ambulatoriali ha posto la necessità di acquisire una precondizione per l'accesso o la conservazione delle convenzioni da parte dei medici e cioè la accettazione di operare nelle cure primarie in gruppo secondo le determinazioni delle programmazioni regionali. Ciò fa venir meno ogni alibi.

Le programmazioni regionali non dovranno più essere solo ospedaliere o ospedalocentriche, ma al contrario dovranno individuare nell'ambito dei Distretti la articolazione delle strutture delle cure primarie UTAP o altro dove i medici e pediatri di famiglia, i medici di continuità assistenziale con la presenza adeguata degli specialisti ambulatoriali organizzano la continuità assistenziale 24 ore al giorno per sette giorni. L'ospedale proiettato in modo generalizzato all'eccellenza con le specializzazioni di base, medie e alte, organizzato per le emergenze e i codici rossi.

In questo quadro è possibile ad esempio dare una risposta più compiuta anche al problema delle liste di attesa se la loro organizzazione sarà fatta in ogni singola UTAP con i medici che prescrivono e gli specialisti che svolgono le prestazioni specialistiche nell'UTAP per la maggior parte delle stesse, escluse le alte specializzazioni per immagini.

Ciò dovrà comportare la cessazione della odiosa pratica della intramoenia. Pratica che comporta quasi sempre tempi biblici per avere la prestazione prescritta. La vicenda muta d'incanto, quando il richiedente, è disposto a pagare di tasca propria, per avere magari dallo stesso medico e nella stessa struttura pubblica, la prestazione di cui ha diritto in ragione dei contributi già versati. In questo caso è palese che l'utente paga due volte la stessa prestazione. Oltre al danno anche la beffa.

Si tratta inoltre di strutturare un sistema in grado di intercettare anche gran parte della domanda di salute la cui risposta fuoriesce dal Servizio Sanitario Nazionale stimato nel 2% del PIL che grava direttamente sui cittadini utenti.

L'Università punto di forza del sistema sanitario non vincolata a questa o quella struttura ospedaliera ma convenzionata e rapportata a tutto il sistema Sanitario Veneto, Ospedale e Territorio con pari dignità. In questo ambito acquista una particolare forza e valore la realizzazione della specializzazione in medicina delle cure primarie.

Stiamo entrando nell'era della rivoluzione biomolecolare, con lo sviluppo della medicina "predittiva". Grazie infatti all'analisi del DNA , nel futuro sarà possibile sapere a quali patologie ciascuno sarà più esposto. Sarà possibile anche organizzare il territorio e gli ospedali proporzionati alle patologie prevalenti aumentandone l'appropriatezza.

Nel processo di innovazione svolge un ruolo fondamentale la risorsa umana. Ed il Veneto ha il vantaggio di avere una rete straordinaria di servizi – a gestione pubblica e convenzionata – al cui interno opera una presenza diffusa di figure sanitarie, sociosanitarie e sociali di grande spessore professionale e passione per il servizio.

Occorre valorizzare tale risorsa, investire tale patrimonio nell'innovazione di processo e di risultato, considerati gli obiettivi concreti e perseguibili nel breve periodo nel sistema dei servizi, potendo contare su un potenziale di professionalità dato da circa 60.100 operatori in servizio presso le Aziende corrispondenti al 12,66 per mille abitanti. Nel ruolo sanitario abbiamo oltre 40.000 addetti, in quello tecnico oltre 12 mila addetti, oltre agli amministrativi. Più analiticamente il personale medico ammonta al 13,29%; quello infermieristico al 43,26%; quello Socio sanitario e addetto all'assistenza al 10,22%.

A questi obiettivi e contenuti, vanno perfezionate le politiche di innovazione sul piano istituzionale e sul piano gestionale.

Sul piano istituzionale, coerentemente allo spirito e alla nuova Costituzione federalista, vanno superate le commistioni fra programmazione e gestione. Le disparità che si registrano fra le diverse Regioni, impongono una parimenti azione di **forte coordinamento congiunto Stato-Regioni** per rendere coerenti i piani socio-sanitari regionali alla realizzazione dei LEA (*Livelli Essenziali di Assistenza*) su tutto il territorio nazionale così come alla appropriatezza delle strutture a partire dalle scelte di fondo fatte nell'ormai lontano luglio 2004 unanimemente dallo stato e dalle Regioni.

Non è un caso infatti che nel paese, le Regioni che producono meno servizi e meno qualità sono le Regioni che hanno un costo procapite più alto.

A livello Regionale, noi pensiamo che al Consiglio Regionale spetta la approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale triennale o quinquennale, alla Giunta i programmi annuali attuativi del piano magari in concomitanza con la finanziaria per renderlo più credibile, alle aziende l'organizzazione ottimale dei fattori personale risorse finanziarie tecnologie per conseguire gli obiettivi nella rispettiva piena responsabilità.

Il Piano Sanitario Regionale, sarà quindi un piano di scelte sugli obiettivi di salute e di individuazione delle risorse e sulle grandi opzioni organizzative relative al territorio, alle strutture ospedaliere e sociali, ai rapporti con l'università. Il PSR dovrà definire i parametri di appropriatezza delle prestazioni sanitarie e sociali e i parametri contestuali di appropriatezza delle strutture territoriali, ospedaliere, sociali e il loro rapporto con l'università.

Per questi obiettivi, potranno altresì essere valutate nuove ipotesi conseguenti e **strumentali** di assetto organizzativo delle ULSS e degli ospedali. In questo ambito tuttavia pur non approfondendolo riteniamo si debba valutare con realismo la necessaria continuità nel rapporto con le comunità locali anche nella gestione delle ULSS.

Il paradosso vuole che a gestire una qualsiasi Società merceologica ci sia un Consiglio di Amministrazione e per i servizi alle persone questo non sia ritenuto necessario. Noi pensiamo che non si tratta di ritornare ad esperienze passate, ma ad esempio, riteniamo utile, fermo restando il ruolo del Direttore Generale, un affiancamento allo stesso di un organo ristretto (tre componenti) non gestionale, che opera collegialmente nominato dalla Conferenza dei Sindaci in grado di trasmettere la volontà della Conferenza stessa nel momento della realizzazione della programmazione dell' ULSS. Ciò potrebbe rafforzare un rapporto che diventa fondamentale nella stessa riorganizzazione delle cure primarie come prima ricordato.

Un forte rapporto con i sindaci nella realizzazione delle strutture delle cure primarie con la continuità assistenziale, e' condizione per il consenso ad una contestuale riorganizzazione del sistema ospedaliero.

In questo quadro è opportuno il riordino delle funzioni delle strutture regionali, della Agenzia sanitaria regionale. Non serve una sede di recupero..... in questo caso è meglio superarla.

Diversamente un organo adeguatamente strutturato in termini tecnico-professionali che assicura l'attuazione della programmazione regionale nella continuità gestionale e in particolare l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse nell'acquisizione dei servizi, può rafforzare il ruolo di programmazione e di controllo della Giunta e del Consiglio nelle rispettive competenze.

Una politica di innovazione dovrà caratterizzarsi in particolare verso alcuni precisi obiettivi: 1) la organizzazione della continuità assistenziale nel territorio programmandone la realizzazione nei termini prima ricordati; 2) il riordino conseguente delle strutture ospedaliere quali terminali del territorio attraverso anche un programma di innovazione tecnologica e della logistica. Abbiamo strutture per la maggior parte datate sul piano tecnologico e della logistica che oltre a non dare qualità spesso nei servizi, rappresentano una fonte di spesa sproporzionata in relazione ai tempi che viviamo. Un programma di ammodernamento al contrario oltre a dare risposte alle esigenze di qualità e di minor costi , può rappresentare una grande opportunità di lavoro , di occupazione e di sviluppo; 3) una forte integrazione e sinergia nei sistemi di produzione delle prestazioni sia pubbliche che private; 4) una politica di approvvigionamento finanziario in grado di attrarre il risparmio verso il servizio sanitario regionale per gli investimenti; 5) una politica di formazione che attrezzi adeguatamente il territorio rivedendo la convenzione e definendo un nuovo rapporto anche con l'Università.

Per molto tempo si è associato, in modo distorto, il concetto di sanità pubblica equivalente a sanità gestita in forma diretta dal pubblico. Tutta la sanità finanziata dalla finanza pubblica è sanità pubblica e conseguentemente rientra nella programmazione e nel controllo pubblici. Il problema oggi, va visto in modo assai diverso. La tutela del diritto pubblico alla salute si coniuga assai bene con la opportunità di assegnare ad un sistema in "competizione regolata" la produzione di alcuni servizi.

Nel Veneto, Regione con una sanità prevalentemente pubblica e a gestione diretta, il rapporto e la sinergia privato pubblico la si esplica attraverso processi di terziarizzazione ed integrazione dei servizi non sanitari a supporto dell'attività dei sanitari. In questo senso va anche aggiornata la legislazione con i poteri della nuova costituzione che si riferiscono alle sperimentazioni gestionali.

E' opportuno in questa direzione, promuovere progetti di innovazione tali da consentire al Consiglio Regionale di poter adottare un conseguente piano finanziario a breve e medio termine, definendo i percorsi e azioni, che, accanto ad un investimento iniziale, sia in grado di sostanziare

una riduzione concreta dei costi per unità di prestazione e nel quadro di un puntuale governo della finanza sanitaria.

Sul piano finanziario, può essere opportuno come dicevo l'esame di una iniziativa tesa ad un recupero di partecipazione del risparmio dei cittadini ai progetti di investimento per l'innovazione nella sanità, con adeguate garanzie della Regione e delle Aziende Sanitarie. Può essere valutata la possibilità della costituzione di un **FONDO ETICO** sul modello dei fondi di investimento gestito dal sistema bancario con il controllo della Regione a cui rivolgere il risparmio dei cittadini con un rendimento garantito e con altrettanta possibilità per le ULSS di attingere con costi di rientro prestabiliti. In questo quadro vanno valutate con cautela generalizzazioni del cosiddetto project-financial, in ogni caso misurato ad un effettivo costi-benefici nel tempo con i rischi conseguenti.

I capitoli fondamentali della Sanità veneta possono essere così sintetizzati: il territorio e la continuità assistenziale con l'organizzazione delle cure primarie in sedi uniche gestite dai medici; L' informatizzazione; l' appropriatezza delle cure e delle strutture –territorio-ospedale; le strutture extraospedaliere (sociali e socio assistenziali ; le Risorse e gli investimenti; la appropriatezza come categoria ordinante dell'organizzazione sanitaria.

In conclusione, nell'ambito di una incidenza delle risorse destinate alla Sanità sul piano nazionale pari al 6% del Pil (più va ricordato un 2% dello stesso Pil che va alla Sanità tramite spesa diretta dei cittadini non intercettato dal S.S.N.); La sanità veneta, in termini economici utilizza circa il 4,5% del PIL Regionale. In cifre secondo le assegnazioni della Giunta regionale per l'erogazione dei LEA per l'anno 2008 rappresenta ML 7.244.478.000 di euro di cui ML 3.595.328.000 di competenza per il territorio e ML 3.079.334.000 di competenza ospedaliera, più il 3% M 217.335000 di integrazione. In poco più di dieci anni i valori finanziari sono sostanzialmente raddoppiati.

Un incremento quindi ben oltre i limiti dell'inflazione programmata ma anche reale. I grandi risultati conseguiti dal Veneto che sono il frutto di politiche sanitarie e sociali che la Regione ha perseguito fin dalla sua nascita, possono e devono essere ulteriormente rafforzati . E' fondamentale saper ottimizzare l'impiego delle risorse per mantenere e sviluppare i servizi e soprattutto mantenere la universalità nella fruibilità dei servizi per tutti i cittadini. A 30 anni dall'istituzione e vita del Servizio Sanitario Nazionale, riportare al centro la persona e la sua salute passa attraverso un grande progetto di innovazione nel recupero del territorio, nella appropriatezza delle cure e soprattutto delle strutture quale nuova frontiera della sanità veneta.

Per questo noi diciamo che il tempo delle scelte è scaduto e che bisogna percorrere velocemente nella strada dell'innovazione.

Su questi obiettivi si dimostra che la sanità non ha e non deve avere colore se come ho ricordato, le scelte compiute sono state approvate alla unanimità Stato e Regioni. Tanto più questo è possibile e necessario per il Veneto perché ha tutti i presupposti e condizioni per poterlo fare.

Il nostro augurio è che si inneschi su questi grandi obiettivi una competizione positiva ove maggioranza e minoranza, ma anche la società organizzata sappiano mettere in campo il meglio delle loro idee e soprattutto iniziative.
