

Il Piano regionale dei servizi alla Persona

Le cure dipenderanno dalla malattia o dai bilanci?

Incertezze sul distretto sanitario della Bassa padovana

di **Gastone Zilio** medico e consigliere comunale

Il nuovo piano PSSR 2003-05 (**PIANO REGIONALE DEI SERVIZI ALLA PERSONA E ALLA COMUNITÀ 2003-2005**) disattende il modello di welfare che la Regione Veneto fin qui vantava essere all'avanguardia delle altre realtà sanitarie regionali e antesignano per le novità introdotte rispetto al Sistema Sanitario Nazionale.

Le intese raggiunte tra le Amministrazioni e le A.USSL corrono il rischio di essere svilite e strozzate nell'imbuto dell'economicismo, nella cornice angusta del budget e secondo la nota formula veneta del Presidente Galan, dei "tre T", tagli-tasse-tickets.

Il modello di welfare della Regione Veneto, nel PSSR 2001-03, così si articolava:

1. Integrazione dell'attività delle Aziende Socio/Sanitarie (A.ULSS) e i Comuni - e loro deleghe di gestione dei servizi sociali alle A.ULSS - per la gestione unitaria sociale e socio-sanitaria (Piani di zona di programmazione locale)
2. Realizzazione di una rete territoriale con un bacino di utenza intermedio tra il livello provinciale e quello comunale
3. Programmi e budget per l'attività del **Distretto**: unità territoriale socio/sanitaria responsabile dell'integrazione, punto di accesso all'intera rete dei servizi (secondo il **PAT**: Piano di Assistenza Territoriale) e **gestore** delle "**Aree ad elevata integrazione socio-sanitaria**": per la promozione dell'infanzia, la famiglia, gli anziani, le disabilità, le dipendenze, la salute mentale, etc.
4. Articolazione dell'offerta pubblica con quella privata (rapporto tra erogatori pubblici, privati profit e non profit).

Il modello Veneto privilegiava la strategia di integrazione tramite delega di gestione all'Ulss di una parte delle funzioni sociosanitarie dei Comuni, lasciando ancora a questi la facoltà di ulteriori deleghe di gestione, fino ad un conferimento complessivo di tutte le attività di interesse socio-sanitario. I Comuni verificavano il conseguimento degli obiettivi. La gestione associata dei Comuni si realizzava in ambiti territoriali coincidenti, di norma, con quelli delle A.USSL.

La Regione Veneto presenta ora il nuovo modulo sanitario territoriale: l'Azienda unitaria locale dei servizi alla persona (**A.ULSP**) provinciale. Incorporerà le funzioni attualmente garantite dalle A.ULSS e dai Comuni e gestirà:

- a. Le prestazioni sanitarie
- b. Le prestazioni ad elevata integrazione
- c. Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
- d. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

L'A.U.L.S.P. diventa il "nuovo" e "unico" soggetto gestore dei servizi alle persone con due "azionisti": la Regione e i Comuni del territorio interessato.

Dal 1978 al 2003 si sono così modificate le modalità di partecipazione della parte pubblica al governo dell'Unità Locale:

- prevalentemente a livello di Comune nell'architettura originale del SSN,
- essenzialmente a livello di Regione dopo il D. Lgs. 502/92,
- a livello di Regione con il recupero del ruolo dei Comuni (**D. Lgs. 229/99**) negli organismi rappresentativi previsti: la **Conferenza regionale permanente** per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria, la **Conferenza dei Sindaci** e il **Comitato dei Sindaci a livello distrettuale**.

La riforma del titolo V della Costituzione (L.costituzionale n. 3/001) introduce lo Stato federale e attribuisce la titolarità delle funzioni amministrative ai Comuni e, se lo impongono esigenze di unitarietà, alle Province, alle Città Metropolitane, alle Regioni e allo Stato (art.118).

Con "La riforma del titolo V della Costituzione", nel campo sanitario, spetta allo Stato la determinazione dei **L.E.A.** (Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria) concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e viene potenziato il ruolo centrale delle Regioni con competenza legislativa per attuare quei "principi fondamentali" (art.117).

Con gli obiettivi proposti dal **PSSR 2003-05** si creano: gli **ambiti territoriali sovrazionali** (le **macroaree**, con dimensioni sub-provinciali), gli **ambiti territoriali di area vasta** (attività di programmazione e di gestione dei servizi che interessano più ambiti aziendali, anche interprovinciali), le **Conferenze permanenti dei Direttori Generali delle A.ULSS** e le **Conferenze Ospedaliere di area vasta**.

Il Medico di Medicina Generale (di famiglia) verrà "distrettualizzato" e diventerà un professionista responsabile del governo della domanda delle prestazioni sanitarie più che produttore di prestazioni; si integrerà in forme organizzative dell' associazionismo e delle equipe territoriali.

Controllerà il budget sanitario e sarà controllato.

Il programma di riorganizzazione ospedaliera mira alla riduzione del numero delle strutture, alla ridefinizione dei profili funzionali e alla loro integrazione in rete.

La strategia prevede l'accesso in ospedale solo quando è indispensabile e per il minore tempo possibile: riduzione del ricovero verso il traguardo tendenziale del 160 per mille e assistenza extraospedaliera.

Tra i servizi garantiti dai Distretti ci saranno i "Centri sanitari polifunzionali" (dalla riconversione degli ospedali non più in rete), caratterizzati dalla presenza di attività distrettuali, ambulatoriali e residenziali (Hospital Country o di campagna).

Dalla lettura del PSSR 2003-05 emergono alcuni quesiti

Se le risorse disponibili, regionali e nazionali, sono dichiarate "finite" e se la gestione dei servizi socio-sanitari risponderà strettamente ad una economia di risparmio come potrà il "bene salute" essere assicurato a tutti?

La valutazione dei costi e i bilanci aziendali saranno la misura dell'appropriatezza ed efficacia delle prestazioni sanitarie?

Gli operatori sanitari e sociali e i cittadini dovranno misurare il bisogno di salute, il "benessere", con i diagrammi discontinui dei finanziamenti?

Gli impegni e i progetti (le Aree ad “elevata integrazione socio-sanitaria) sono segnati da logiche aziendali di contenimento di spesa: finiranno eluiti per l’elevato impegno economico? Oppure correranno il rischio di essere disincentivati per la forte competizione tra gli Enti locali a discapito dell’omogeneità e universalità dei servizi (L.E.A.)?

Ci saranno meno interlocutori pubblici diretti e quindi “vicini e controllabili” dalle Amministrazioni Comunali e dai cittadini: chi controllerà l’operato dei dirigenti dell’Azienda e del Distretto?

A chi si potrà chieder conto del buon uso dei finanziamenti pubblici? Poiché sono state modificate le regole del gioco, gli Enti pubblici, da un ruolo partecipativo attivo nella gestione sanitaria saranno ridimensionati al ruolo di co-finanziatori senza le funzioni di governo e di controllo acquisite con la Conferenza dei Sindaci e il Comitato dei Sindaci a livello distrettuale, come nei precedenti PSSR.

Unico punto di riferimento per 180 mila persone della Bassa?

Se il Distretto “ si allontana”, poiché diventerà Distretto Socio-Sanitario di una macroarea, come può continuare ad essere il punto di accesso e gestore di servizi ampi e delicati sparsi su un ampio territorio? Si risparmierà certamente molto ma “chi ascolterà chi”?.

Se l’Azienda diventerà unica-provinciale, il Distretto della Bassa diventerà Distretto di una macroarea? riuscirà ad essere il punto di riferimento per un bacino vasto di 180.000 abitanti? Un Megadistretto per 46 Comuni? Sarà efficace negli interventi assistenziali diretti al cittadino, quanto la programmazione?

Il Distretto dove sarà incardinato: Este? Monselice, nella fatiscente sede attuale? Avrà capacità autonoma di gestione, con la doppia accezione sanitaria e sociale, o sarà troppo indulgente verso l’economia virtuosa dettata dai programmi aziendali del Direttore dell’Azienda Sanitaria Provinciale?

Ancora una volta è meglio ribadire che la domanda di salute dei cittadini nei diversi momenti del bisogno (l’ospedalizzazione, l’assistenza domiciliare, l’ospedalizzazione domiciliare, le residenze assistenziali distrettuali, le strutture per lungo-degenti e per la riabilitazione) non è una questione da barattare con scenari amministrativi sempre diversi e discontinui, con politiche di intervento sociale che puntano più a promettere che a consolidare gli obiettivi fin qui raggiunti. Anche in un momento di gravi difficoltà economiche e di scarsa disponibilità delle risorse si può accontentare la domanda sanitaria con prestazioni all’altezza purché il peso delle scelte virtuose non ricada soltanto nelle tasche del “cittadino pantalone” ma anche sulle spalle di chi ha l’obbligo di ben amministrare e non dilapidare le poche risorse in inutili anche se ben confezionate megalomanie (le Opere Uniche).

Monselice, 27 luglio 2005