



## **TAVOLA ROTONDA**

### **Quale Rete Sanitaria e Socio-Sanitaria nel Veneto**

*Introduzione alla tavola rotonda*

***GERARDO COLAMARCO***

*Segretario Generale UIL Veneto*

**Sala Convegni  
NOVOTEL  
MESTRE**

**Tangenziale - Uscita Castellana**

**4 Marzo 201**

## **MODELLO WELFARE**

**La crescita demografica dei prossimi anni ci farà registrare una maggiore esposizione al disagio sociale e una maggiore complessità delle politiche per rimuoverlo e alleviarlo. Il primo valore che ci deve guidare nella individuazione di un nuovo Welfare è la centralità della persona.**

**In difesa di questo valore dobbiamo realizzare un Welfare che interviene con una offerta personalizzata e differenziata rispetto al formarsi del bisogno, in grado di intervenire su situazioni di malattia, solitudine ed emarginazione, con particolare attenzione alle persone più anziane, ai diversamente abili, ai non autosufficienti.**

**Una sfida impegnativa perché richiede capacità di: leggere i bisogni della società; organizzare la rete dei servizi e controllarne l'efficienza, l'efficacia e la qualità; creare un sistema di formazione professionale rispondente a un qualificato livello di programmazione, progettazione ed erogazione dei servizi.**

**Il territorio, il distretto socio-sanitario, sono la dimensione idonea per l'attuazione delle politiche coerenti con questo modello di Welfare, perché è in questo ambito che le istituzioni, le organizzazioni e le associazioni no-profit vicine alle persone possono integrarsi in modo efficiente e costruire soluzioni efficaci.**

**Il processo di rinnovamento del sistema sociale non sarà breve, a causa della crisi internazionale in atto che impone il rispetto del Patto di stabilità e interventi di riduzione del debito pubblico, né lineare per i differenti livelli di assistenza garantiti nel territorio nazionale.**

**I costi operativi sono profondamente diversificati tra le Regioni. Il governo della qualità e quantità della spesa sanitaria e sociale rappresenta una condizione necessaria per la applicazione della nuova legislazione sul federalismo fiscale e sociale.**

## **FEDERALISMO**

**Il federalismo è un quadro normativo generale per l'assegnazione delle funzioni ai diversi livelli di governo e di adeguati strumenti fiscali per svolgere queste funzioni.**

**Ancor prima del federalismo fiscale può attuarsi il federalismo istituzionale a velocità variabile da regione a regione, per cui ulteriori forme di autonomia**

**possono essere attribuite alle Regioni che hanno maggiori possibilità e capacità (es. Istruzione, Tutela della salute, Beni culturali, Infrastrutture). La Regione Veneto ha capacità e possibilità per chiedere maggiore autonomia istituzionale.**

**L'approvazione definitiva della legge delega sul federalismo (L. 5 maggio 2009, n. 42) rappresenta, a giudizio della UIL, l'avvio di un processo di rilevante riassetto e modifica dei rapporti economico-finanziari, tra lo Stato e le autonomie territoriali, che andrà a realizzare un processo che mira al superamento del sistema di finanza derivata e all'attribuzione di una maggiore autonomia di entrata e di spesa a Regioni, Comuni, Province e Città metropolitane. La UIL chiede che siano comunque garantiti e rispettati i principi di solidarietà e di coesione sociale.**

**In questo quadro, tra gli obiettivi principali della legge delega si prevede il passaggio dal sistema dei trasferimenti, fondato sulla spesa storica, a quello dell'attribuzione di risorse basate sull'individuazione dei costi e dei fabbisogni standard.**

**La UIL da tempo sollecitava l'attuazione del modello basato sui costi standard, un modello che impone l'attuazione di una rigorosa politica della spesa che consenta di realizzare l'equilibrio tra i costi sostenuti e le risorse disponibili.**

**I numeri ci dicono che l'esistente non è tutto difendibile. La politica europea ed il mercato impongono una severità senza precedenti. E' evidente che per giungere alla stabilizzazione dei conti pubblici si debbano fare dei tagli. Tagli dovranno fare anche gli Enti locali che non possono continuare a governare aumentando le tasse locali che, dal 2001 al 2008 sono aumentate di oltre il 25% (dati Istat).**

## **PIANO SOCIO-SANITARIO 2011/2013**

**Si impone pertanto un confronto con la Regione per approfondire una riflessione sulla programmazione ospedaliera definita con la delibera 3223 del 2002, definire un progetto di integrazione ospedale-territorio che affronti il problema degli ospedali da riconvertire in centri polifunzionali, attuare cioè lo slogan “meno corsie ospedaliere e più servizi vicini al cittadino”.**

**Si impone un confronto per definire l'impegno della Regione Veneto a favore di una nuova programmazione socio sanitaria conseguente e più aderente alle diverse esigenze di salute della popolazione, al mutato quadro epidemiologico dovuto al forte aumento della popolazione anziana e delle cronicità.**

**Il Piano Socio Sanitario 2011/2013 dovrà rispondere a queste esigenze e, contemporaneamente, ridisegnare l'organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali in un'ottica di ottimizzazione delle risorse, dando una risposta tempestiva alla grande riforma in senso federalista basata, per la sanità, sull'introduzione dei costi standard per la definizione della spesa ed i relativi finanziamenti.**

**Noi chiediamo la rapida approvazione del Piano Socio-Sanitario 2011-2013 che dovrà rispondere alle mutate esigenze di salute della popolazione del Veneto che a fine 2009 risulta pari a 4,9 milioni di residenti, di cui il 20% è over 65 e il 10% over 75.**

**Necessita ridisegnare la rete ospedaliera nel rispetto della diversa classificazione degli ospedali (Regionali, Provinciali, di Rete ), omogeneizzando, la considerevole disomogeneità in atto tra le diverse ULSS, il dato di 3,3 posti letto per mille abitanti riguardo agli acuti ed allo 0,7 per mille per riabilitazione e lungodegenza, così come previsto dal Patto per la Salute 2010-2012 che per il Veneto comporta l'eliminazione di 1369 posti letto.**

**Ai tagli dei posti letto per acuti dovrà corrispondere un incremento dei servizi territoriali, al fine di assicurare la continuità dell'assistenza e quindi l'integrazione Ospedale-Territorio (la filiera dell'assistenza territoriale si compone di alcuni nodi fondamentali e strettamente correlati: le cure domiciliari, l'Ospedale di Comunità, la Residenza Sanitaria Assistenziale, le strutture residenziali), sulla scorta dei dati epidemiologici, in un'ottica di rispetto della quota capitaria.**

**A favore dell'assistenza territoriale dovrà intervenire sempre più attivamente il medico di famiglia che dovrà agevolare il decollo del modello di "Medicina di Gruppo Integrata". E' il medico di famiglia che deve assicurare un'assistenza diffusa nel territorio, con particolare attenzione ai bisogni emergenti, dunque soprattutto agli anziani, ai disabili ed alle malattie croniche per bypassare l'eccesso di ricoveri. E' il medico di famiglia che dovrà assicurare l'atto medico nelle residenze sanitarie distrettuali e promuovere un diverso stile di vita ed un corretto uso dei farmaci ai suoi clienti.**

## **RETE OSPEDALIERA**

**Ancor prima che il Patto per la Salute prevedesse un ulteriore taglio di 1369 posti letto, la UIL proponeva un intervento di razionalizzazione della rete**

**ospedaliera, un intervento che oggi viene sollecitato anche dalla Corte dei Conti cui non è sfuggita la**

**«ridondanza» di alcune reti ospedaliere, in particolare quelle di Verona, Rovigo e Belluno. La rete ospedaliera nella provincia di Verona, come sottolineato dalla Corte**

**dei Conti, risulta particolarmente sproporzionata rispetto al panorama regionale e nazionale e l'effetto di un'offerta eccessiva di posti letto lo si riscontra sia nel tasso di ospedalizzazione che nei costi assistenziali, causa determinante del disequilibrio economico delle aziende. In particolare, l'azienda ULSS 22 ospita, accanto ad una rete ospedaliera pubblica sovradimensionata rispetto alla popolazione di riferimento, le due strutture convenzionate più importanti della Regione Veneto (Negrar e Pederzoli), che non si differenziano sostanzialmente tra loro per le specialità mediche erogate.**

**Come sollecita la Corte dei Conti, riteniamo opportuno verificare l'adeguatezza delle convenzioni, allo scopo di eliminare eventuali duplicazioni di reparti già presenti nella rete pubblica.**

**Uguale verifica riteniamo necessaria in ambito di ciascuna provincia e ULSS per evitare che i privati offrano le medesime prestazioni che le strutture pubbliche erogano a pochi chilometri di distanza. In questo scenario le ULSS avrebbero una significativa economia. Una economia che si impone poiché il bilancio d'esercizio 2010 della sanità veneta si è chiuso con una previsione di disavanzo di 72 milioni di euro, contro i 110 dell'anno precedente, essendosi così dimostrato insufficiente il riparto del Fondo Sanitario Nazionale che per il 2010 aveva assegnato al Veneto 8miliardi e 241milioni.**

**L'intervento di razionalizzazione della rete ospedaliera dovrà prevedere il trasferimento presso i Distretti Socio-Sanitari (se ne dovranno realizzare uno ogni 60/100mila abitanti) dell'attività oggi svolta a favore degli esterni nell'ambito dei poliambulatori ospedalieri. Si eviterà così di distrarre il personale ospedaliero dall'attività di istituto, si agevolerà il decollo della "Medicina di Gruppo Integrata", si creeranno le condizioni per abbattere le liste d'attesa.**

## **TERRITORIALIZZAZIONE**

**Abbiamo sempre sostenuto la necessità di pervenire al superamento degli attuali ambiti territoriali delle Aziende ULSS, a favore delle "Aree Vaste", questo assetto per superare anche i pesanti costi di gestione territoriali, ma tale**

**progetto non può esimersi dal constatare che esistono molte questioni che vanno preliminarmente affrontate e risolte.**

**I dati contenuti nel “libro bianco” danno ragione alla nostra opinione risultando evidente che la dimensione ottimale di una ULSS dovrebbe avere una popolazione**

**residente compresa tra i 200 e i 300mila residenti.**

**Noi sollecitiamo pertanto la Giunta ed il Consiglio Regionale a prendere questa decisione con l’approvazione del Piano 2011-2013, ritenendo indifendibile tenere in vita 10 ULSS con meno di 200mila abitanti, di cui 3 con meno di 100mila abitanti.**

**In termini di economia delle risorse questa scelta comporterebbe il dimezzamento delle Direzioni generali, un risparmio pari ad alcuni milioni di euro, che potrebbero essere riversati in favore delle politiche sociali. Ricordo che la Finanziaria regionale approvata mercoledì prevede, a favore della non autosufficienza, anche grazie al nostro impegno, 64 milioni in più.**

**La Finanziaria approvata prevede ancora l’incarico alla Giunta di predisporre di un piano di valorizzazione o alienazione del patrimonio immobiliare regionale destinando gli introiti ai settori sanitario, sociale e del trasporto pubblico, e la costituzione di un fondo di rotazione da 50 milioni di euro per la costruzione e la ristrutturazione di immobili destinati a servizi socio sanitari.**

## **FISCALITA’**

**Il carico fiscale in Italia è salito (dati Istat) a quota 43,2%. Il dato fa posizionare l’Italia al 3,7% sopra la media della UE a 27 (39,5). La pressione fiscale è quindi arrivata ad un livello mai raggiunto dal 1997, l’anno dell’eurotassa. Per questo motivo, assieme alla convinzione che si possono ottenere minori costi tagliando le ULSS con meno di 200mila abitanti, razionalizzando la rete ospedaliera, riducendo gli sprechi e le consulenze, la UIL dice no alla introduzione di nuovi ticket e no alla ipotesi di prevedere l’addizionale IRPEF regionale all’aliquota massima dello 0,9% e per tutti i redditi sopra i 10mila euro.**

## **STANDARD ORGANIZZATIVI**

**Per quanto attiene alla dotazione del personale dipendente delle Strutture Socio Sanitarie Regionali del Veneto, registrata la considerevole disomogeneità in atto tra le diverse ULSS sia per la funzione ospedaliera che per la funzione distrettuale in rapporto alla popolazione residente, noi riteniamo necessario l'intervento della Regione per imporre dotazioni organiche tipo, con attenzione a soddisfare la sempre maggiore richiesta di assistenza nel territorio.**

**Si ritiene opportuno adeguare gli standard organizzativi delle residenzialità, poiché gli ospiti necessitano, nella maggioranza dei casi, prevalentemente di assistenza sanitaria.**

## **SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO**

**La demografia è il fattore di cambiamento più importante dei prossimi decenni. Saranno gli andamenti della natalità, il mutare della aspettativa di vita a determinare nuovi equilibri economici e a meglio orientare le caratteristiche del welfare del futuro.**

**La spesa sanitaria in prospettiva porrà problemi di sostenibilità. Oggi la spesa sanitaria totale sfiora il 9% del PIL e si stima che nel 2050, in assenza di politiche correttive e di riequilibrio, la spesa sanitaria potrebbe più che raddoppiare. Aumenterà enormemente anche la spesa a favore del socio-assistenziale. Nel Veneto oggi si contano 104.711 non autosufficienti (non autosufficienza e disabilità). Nel 2050, saranno 300mila.**

**Si stima che nel 2045 gli ultrasessantacinquenni saranno il 30 per cento della popolazione e gli ultra ottantenni il 12 per cento. Le malattie croniche, che già oggi colpiscono il 25 per cento della popolazione e rappresentano il 70 per cento della spesa socio sanitaria, inciderà sempre di più sul bilancio del sistema di welfare.**

**Le scelte che abbiamo indicato sono tese ad assicurare la continuità della erogazione di prestazioni essenziali di assistenza e, al tempo stesso, riaffermare il principio che il Servizio Sanitario deve essere pubblico e finanziato attraverso la fiscalità generale. La funzione di guida e di governo del sistema deve rimanere di esclusiva competenza della Regione.**

**La civiltà di un popolo si misura anche in relazione al trattamento che si riserva ai cittadini deboli, agli anziani agli ammalati noi della UIL siamo e saremo con loro.**

*Veenezia, 4 marzo 2011*

*Relazione di Gerardo Colamarco*