REGIONE - Approvato il nuovo Piano socio-sanitario valido per i prossimi cinque anni (dal 2012 al 2016)

La sanità veneta cambia registro e gira pagina

Ma saranno le schede ospedaliere e territoriali a precisare in concreto caratteristiche e modalità d'intervento

La sanità veneta volta pagina e cambia registro. Dopo una lunga e accesa discussione, mercoledì 20 giugno il Consiglio regionale ha approvato il nuovo Piano socio-sanitario 2012-2016. Ha votato a favore la maggioranza Pdl e Lega (30 voti; ci sono stati 19 contrari e 3 astenuti). In verità si tratta solo della prima pagina. Non solo il documento, introdotto da un nutrito articolato, comprende un pacchetto di linee guida da sviluppare, ma è un libro che ha molte pagine bianche. Quelle più importanti ancora da scrivere sono le schede di dotazione ospedaliera e territoriale, vale a dire l'organizzazione puntuale dell'assistenza negli ospedali (ovviamente anche di Agordo e Pieve di Cadore) e sul territorio. Con innovazioni e trasformazioni dettate sia dall'esigenza dell'«appropriatezza» a cui ha fatto riferimento il controrelatore Claudio Sinigaglia (Pd), sia dagli incombenti «tagli ai trasferimenti statali» che ha annunciato l'assessore Luca Coletto (Lega), sia dalla prospettiva di avere «uno strumento strategico di prospettiva che garantisca certezze agli utenti e rassicuri gli operatori», secondo le parole del relatore del provvedimento, Leonardo Padrin (Pdl).

Fino all'ultimo, la Giunta ha cercato di sottrarre al Consiglio il parere «vincolante» sulle schede prossime venture. Gli emendamenti però sono stati bocciati. Ora, per questo aspetto c'è chi paventa l'impugnazione della legge di Piano davanti alla Corte costituzionale e il rischio di una strisciante negoziazione di numeri e posti letto, senza distinzione di responsabilità fra Giunta e Consiglio.

In aula il presidente Zaia ha posto l'accento sulla svolta riformatrice che il nuovo Piano sottende. Per Zaia il Veneto si colloca «fra le prime cinque sanità del mondo» e promuove la salute anche per «investire in tranquillità sociale». Riferendosi alle «aree fragili» (montagna, laguna, Polesine) Zaia ha manifestato attenzione alla specificità rassicurando l'opinione pubblica, ma ha ricordato che, per i casi acuti, l'obiettivo primario dev'essere l'accesso in tempi rapidi ai reparti in grado di far fronte alla situazione.

In chiave bellunese, il sipario che si prefigura è quello di una rete ospedaliera policentrica e strutturata secondo il modello di un ospedale di riferimento provinciale e di presidi ospedalieri tra loro integrati. Oltre alla disponibilità delle risorse umane, la sfida riguarderà le liste d'attesa e sicuramente le cure intermedie: cioè quel tessuto, tutto da inventare e cucire, che si snoda fra l'ospedale e il domicilio. Quanto alle risorse finanziarie per la sanità di montagna, impegno al «finanziamento integrale» di ciò che le schede metteranno in campo, ma attenzione: dal 2014 scatterà la metodologia dei «costi standard». **M.B.**

Le dichiarazioni dei consiglieri bellunesi

«Un gioco di squadra davvero vincente per la nostra comunità bellunese». Così il consigliere regionale Pd Sergio Reolon commenta il voto favorevole al suo emendamento sulla specificità dell'organizzazione policentrica, a rete, degli ospedali della provincia di Belluno, i cui «maggiori costi» strutturali dovranno essere finanziati.
«L'organizzazione a rete del nostro sistema sanitario», ribadisce da parte sua il capogruppo Pdl Dario Bond, «è una ricchezza da tutelare con ogni sforzo e sono certo che la quinta Commissione lo terrà ben presente quando dovrà esprimere un proprio parere vincolante sulle schede ospedaliere».
«Il mantenimento degli attuali presidi ospedalieri sul territorio provinciale», conclude il vicepresidente del Consiglio regionale, Matteo Toscani (Lega), «era già stato assicurato, ma ora è più chiaro il messaggio a tutti coloro che hanno alimentato polemiche strumentali del tutto infondate».

Cure palliative, consegnate 27mila firme

VENEZIA - Le associazioni di volontariato che sostengono le cure palliative, guidate dall'avvocato feltrino Enrico Gaz di «Mano amica», hanno consegnato al presidente del Consiglio regionale, Clodovaldo Ruffato, una petizione con 27mila firme per un energico cambio di rotta rispetto alla più recente gestione regionale nell'organizzazione di questa delicata attività assistenziale. In particolare il volontariato sollecita il potenziamento del centro di terapia antalgica pediatrica di Padova e la piena operatività del coordinamento regionale per le cure palliative e la lotta al dolore.

Il banco di prova della "specificità" bellunese

TEMA	PIANO SOCIO-SANITARIO 2012-16		RIFERIMENTI E OSSERVAZIONI
	NORME GENERALI	SPECIFICITÀ MONTANA	
Direttore generale Ulss	È nominato dal presidente della Regione con contratto triennale, soggetto a valutazione annuale di Giunta, Consiglio e Conferenza dei sindaci	–	Il parere annuale della Conferenza dei sindaci sarà riferito a qualità ed efficacia dell'organiz-zazione dei servizi socio-sanitari sul territorio Ulss
Rete ospedaliera	La rete ospedaliera si articola su due livelli (hub & spoke): ospedali di riferimento provinciale e presidi ospedalieri di rete	–	
Numero dei posti letto ospedalieri (rispetto agli abitanti)	3‰ posti letto per acuti, 0,5‰ per post acuti, 1,2‰ per strutture extraospedaliere intermedie	–	Il numero dei posti letto è fissato dal Patto nazionale per la salute: oggi è pari al 4‰. Il Vento ha introdotto la nuova categoria dei posti letto nelle strutture intermedie extraospedaliere
Schede di dotazione ospedaliera	Parere obbligatorio e vincolante della Commissione consiliare sulla proposta della Giunta regionale successiva all'entrata in vigore del Piano	La specificità della provincia di Belluno nelle schede di dotazione ospedaliera si attua riconoscendo l'organizzazione policentrica a rete e il suo integrale finanziamento, tenendo espressamente conto dei maggiori costi da ciò derivanti	Fin dall'articolato del Piano la Regione è impegnata a garantire l' "integrale finanziamento" dell'organizzazione policentrica a rete degli ospedali della provincia di Belluno
Schede di dotazione territoriale	Parere obbligatorio e vincolante della Commissione consiliare sulla proposta della Giunta regionale successiva all'entrata in vigore del Piano	Viene salvaguardata la specificità del territorio bellunese	Il Piano prevede l'approvazione differita, ma contestuale, delle schede ospedaliere e territoriali
Finanziamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA)	Il riparto delle risorse destinate al finanziamento dei LEA avviene in base alla popolazione assistita pesata per classi d'età	–	Il riparto del Fondo sanitario regionale 2014 (vedi sotto) verrà determinato attraverso i costi standard, metodologia ancora in corso di definizione anche a livello nazionale
Costi standard	Entro il 30 giugno 2013 la Regione definirà i costi standard per le prestazioni sanitarie. Il Fondo sanitario regionale 2014 verrà ripartito su queste basi	–	Il recente pdl regionale 262 prevede la "parametrazione" dei costi standard al criterio della specificità montana
Finanziamento aggiuntivo per la montagna		Per la provincia di Belluno e la città di Venezia, data la specificità della prima e l'unicità della seconda, si prevedono modalità di "finanziamento a funzione" dedicate per garantire pari opportunità di accesso ai servizi socio-sanitari	Viene rafforzato l'articolo sul"integrale finanziamento" dell'organizzazione policentrica a rete degli ospedali della provincia di Belluno

LA SANITÀ DI MONTAGNA e il nuovo Piano socio-sanitario veneto. Per i punti più significativi la tabella, nelle due colonne centrali, indica quanto si prevede in via generale e come viene declinata la specificità della provincia di Belluno, con le necessarie precisazioni nell'ultima colonna.

Il nuovo Piano socio-sanitario Meno ospedali, più territorio

Sono quattro le principali novità del nuovo Piano socio-sanitario veneto 2012-2016: lo spostamento del baricentro delle cure dagli ospedali al territorio, l'organizzazione gerarchica «a rete» dei presidi ospedalieri, lo sviluppo di strutture intermedie extraospedaliere, il nuovo modello della continuità assistenziale e della medicina integrata di base.
La rete ospedaliera esistente viene riprogrammata sulla base del modello «hub & spoke». Ogni rete ospedaliera provinciale sarà articolata in due livelli: un ospedale di riferimento provinciale dotato di specialità di base e di medio livello e presidi ospedalieri di rete, di secondo livello, «articolati anche su più sedi», dotati di pronto soccorso e specialità di base. Le specialità di otorinolaringoiatria e di oculistica avranno invece, di norma, una dimensione sovraziendale.
La rete ospedaliera su due livelli è integrata da strutture «monospecialistiche» per acuti, che potranno essere anche a gestione privata.
Il modello a rete vale anche per le prestazioni cliniche: il Piano enfatizza, infatti, il concetto di «reti cliniche» prevedendo il coordinamento tra reparti, specialisti e centri territoriali in particolari settori come l'urgenza-emergenza, la rete dei punti nascita con il potenziamento del servizio di trasporto dei neonati in condizioni critiche verso le Neonatologie specializzate di Padova e di Verona, le reti delle cure palliative, delle terapie del dolore, per la cura del diabete, dell'Alzheimer, delle malattie rare.
Nella riorganizzazione del sistema sanitario di cure l'accento, tuttavia, si sposta dalla rete ospedaliera a quella dei servizi di assistenza territoriale.
I distretti socio-sanitari sono destinati ad essere la «porta di accesso» ai servizi e «centri di coordinamento» dei servizi territoriali. Un "case manager" dovrà prendersi in carico i singoli pazienti e coordinare i diversi interventi medici e assistenziali a loro rivolti.
Sul territorio il modello di assistenza integrata disegnato dal Piano prevede le medicine di gruppo (medici e operatori sanitari con diverse competenze in un team multiprofessionale e multidisciplinare), le cure domiciliari attive 24 ore su 24, i centri polispecialistici territoriali.
Al loro fianco gli hospice, gli ospedali di comunità, le unità riabilitative territoriali, le unità operative di cure palliative, le unità di radiologia a domicilio.