

Welfare, pari opportunità ed equità di accesso

In una legislatura regionale poco propensa ad impegnarsi su scelte strategiche di grande respiro - a vent'anni dal "progetto montagna" veneto non si può non rimarcare l'intensità del confronto politico di allora rispetto ai balbettii odierni, per esempio, in tema di riscrittura dello Statuto - il dibattito acceso attorno allo schema del Piano dei servizi alla persona e alla comunità, come si intitola il nuovo Piano socio-sanitario veneto, merita di essere seguito dall'opinione pubblica con grande attenzione.

L'organizzazione dei servizi sanitari e di quelli socio-sanitari nelle zone montane presenta caratteristiche peculiari che richiedono soluzioni e modelli differenziati in relazione alla bassa densità della popolazione, alle differenze logistiche e ambientali, alle esigenze connesse con il sistema di urgenza-emergenza.

Prima osservazione: di simile consapevolezza non si trova traccia nel documento di piano e nel disegno di legge che lo accompagna. Il testo di legge dovrebbe invece *espresamente* riconoscere alle aziende Ulss di montagna e di altri fragili territori come la laguna finanziamenti aggiuntivi a copertura dei maggiori costi strut-

turali; dovrebbe inoltre incentivare, anche con progetti obiettivo, lo sviluppo della telemedicina; dovrebbe vedere la Regione impegnata a favorire l'esercizio della professione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta anche nelle località disagiate. Per quanto concerne poi i criteri organizzativi degli ospedali "di rete", la Giunta regionale dovrebbe consentire alle Ulss un'articolazione che, fatta salva l'unitarietà funzionale e gestionale, contempra anche l'eventualità di più sedi fisiche.

Non meno decisivo appare il versante dei servizi sul territorio, dove - accanto ai livelli essenziali di assistenza (LEA) - vanno garantite adeguate prestazioni sociali (LIVEAS - livelli essenziali di assistenza sociale).

Con la stessa ottica, va aggiornato il provvedimento di programmazione delle reti di assistenza residenziale extra-ospedaliera applicando, nei territori con alto indice di invecchiamento, parametri adeguati al bisogno e non indici uniformi appiattiti sulla pianura con al massimo un leggero incremento numerico.

* *

A questo punto ci si potrebbe chiedere quale potrebbe essere la "migliore" sanità nelle aree montane.

La migliore sanità è quella capace di declinare ed assicurare *continuità assistenziale*. Continuità deriva da "cum-tinere", tenere insieme. Questa è la prima condizione, sulla quale misurare i processi di governo, di tutela, di promozione della salute. Tanto più in territori, come quelli di montagna, dove il tessuto sociale si presenta più vulnerabile e che peraltro bisogna impegnarsi a "tenere insieme" per rendere esigibile un fondamentale diritto di cittadinanza.

È questo l'approccio di cui la programmazione regionale deve farsi carico. Oggi al Veneto mancano atti

fondamentali, quelli attraverso i quali disegnare e anticipare il futuro.

Queste lacune significano vuoti di pensiero, visioni circoscritte al giorno per giorno: in altre parole, il venir meno del patto sociale di solidarietà, dello spirito di coesione e di convergenza che lega istituzioni e comunità.

Oggi, tuttavia, si possono gettare le basi per "tenere insieme", per dare prospettive concrete all'impegno di garantire la continuità assistenziale anche in questo pezzo di Veneto, un Veneto sempre più frantumato e impaludato.

Nel febbraio 2001, la Commissione ministeriale per i problemi della sanità in montagna aveva rilevato che in montagna la sanità comporta "costi aggiuntivi" fino al 15-20 per cento del dato medio nazionale. Da quest'analisi non si può prescindere.

Nelle sue linee guida - sottolineando il ruolo decisivo della Regione in tema di qualità dei servizi sanitari erogati in aree a bassa densità di popolazione e ad alta frequentazione turistica - la Commissione aveva indicato anche altre sfide con le quali misurarsi, a livello regionale, con progetti obiettivi. Tra le altre:

- l'incentivazione della telemedicina e dell'informatica medica
- lo sviluppo dei servizi di urgenza ed emergenza
- l'attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici imperniati sulla massima integrazione fra il territorio e i luoghi dell'eccellenza sanitaria, favorendo la pratica delle terapie il più possibile vicino alla residenza
- il sostegno alla medicina territoriale e all'esercizio della professione, da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, nei Comuni montani più disagiati
- la promozione di borse di studio a favore di giovani

laureati che frequentino scuole di specializzazione e si impegnino ad esercitare la professione nelle località decentrate di montagna ¹.

C'è - si obietterà - una *compatibilità di spesa*, che ci condiziona. Ne è un esempio un recente commento giornalistico, che riflette l'opinione di quelle Aziende sanitarie nelle quali si annida gran parte del deficit della sanità del Veneto: «Il problema - afferma il giornalista - è che esiste un'ingiustizia di partenza nella ripartizione del fondo sanitario regionale tra le singole Ulss: ci sono cittadini la cui salute è pagata di più e cittadini la cui salute vale di meno. Ne consegue che la differenza tra un bellunese e un cittadellese è di 322 euro. Magari - conclude il giornalista - entrambi vengono a curarsi a Padova...» ².

Ma è il *livello essenziale di assistenza* la prestazione a cui il cittadino veneto ha diritto di accedere!

Su adeguatezza ed inappropriatezza delle politiche sanitarie, i punti di vista possono essere diversi, ma i dati statistici forniti dal Rendiconto della Regione non si prestano a interpretazioni. Messì nero su bianco, non lasciano tanti margini alla dialettica.

Alla spesa sanitaria, il Veneto dedica una quota non particolarmente significativa del proprio prodotto interno lordo (PIL): appena il 5,1 per cento contro il 6,1 per cento in Italia ³. No, non è un importo adeguato per un diritto fondamentale di cittadinanza quali la salute e la continuità assistenziale.

Lo scrivono gli esperti dei processi di *aziendalizzazione* della sanità: già il 6 per cento della media italiana è una

¹ Per favorire tale situazione, la Regione Valle d'Aosta e la Provincia autonoma di Bolzano riservano borse di studio agli specializzandi che si impegnino a prestare successivamente servizio per un periodo di almeno cinque anni.

² Cfr. "Corriere delle Alpi" 9 dicembre 2004, pag. 10.

³ Cfr. PRS (Programma regionale di sviluppo), L.R. n. 5/2007, pag. 50.

porzione di PIL inferiore a quella dei "partner" europei.

Discende da questa situazione di strutturale sottofinanziamento, la non facile condizione della sanità bellunese, alla quale la Regione assegna il 5,2 per cento della sua spesa complessiva per la funzione "Tutela della salute".

Tutti noi ci aspettiamo un sistema sanitario veneto in grado di infondere - nelle persone e nella famiglie che abitano in quota - sicurezza, fiducia, serenità nell'affrontare i propri problemi di salute, in un contesto di pari opportunità ed equità di accesso.

Parole chiave

FONDO SANITARIO REGIONALE La proposta di integrazione del fondo sanitario regionale a favore delle realtà di montagna dovrebbe suonare così: In attuazione delle linee-guida della Commissione nazionale per i problemi della sanità in montagna, alle Aziende Ulss operanti nei Comuni montani la Giunta Regionale assegna finanziamenti aggiuntivi a copertura dei maggiori costi strutturali. A tale scopo, le quote di finanziamento pro-capite sono incrementate del 25% secondo criteri che tengono conto del contesto di dispersione territoriale della popolazione, della sua composizione per classi di età nonché della rete degli stabilimenti ospedalieri e dei servizi distrettuali presenti sul territorio. La congruità del differenziale accordato in sede di bilancio preventivo va verificata, secondo indicatori di efficienza ed efficacia, anche in sede di consuntivo»