



Primo Report

Integrazione organizzativa e integrazione dei Servizi socio-sanitari nella Regione Veneto

* La Ricerca, commissionata ad Ires Veneto da Cgil, Spi e Fp del Veneto, è curata dalla dottoressa Barbara Bonvento, con la collaborazione della dottoressa Manuela Nicoletti e la supervisione scientifica del professor Vincenzo Rebba.

UN CONTRIBUTO ALLA DISCUSSIONE, ALL'ANALISI E ALLE PRIORITÀ PER LE POLITICHE SOCIO-SANITARIE IN VENETO

Nel 2020 è chiaro a molti come il Servizio Sanitario Nazionale non possa più seguire un modello di sanità ospedalocentrica, basato su logiche prestazionali e reattive, che finisce per rispondere parzialmente ai bisogni di salute della popolazione. È ormai sempre più evidente che, a regime e indipendentemente dalle azioni necessarie per contrastare l'attuale e le future pandemie, occorrono interventi mirati al potenziamento dei servizi di prevenzione e di assistenza territoriale, per rispondere in maniera efficace e appropriata ai bisogni di assistenza post acuzie della popolazione dei vari territori, perché il paziente, una volta dimesso dall'ospedale, ha bisogno di risposte che attualmente non trova o trova solo parzialmente.

Il Servizio Socio-Sanitario Regionale (SSSR) del Veneto è riuscito ad affrontare in maniera relativamente più efficace di altre regioni la pandemia da virus SARS-CoV-2, soprattutto grazie ai suoi stessi caratteri costitutivi, al permanere ancora oggi di una articolata dimensione territoriale delle sue strutture e dei dipartimenti di prevenzione, il tutto all'interno di un consolidato modello fondato sul distretto socio-sanitario. Occorre però puntare a rafforzare ulteriormente alcuni elementi che hanno caratterizzato il modello socio-sanitario veneto e che, nel corso del tempo, hanno progressivamente evidenziato diverse criticità e rischi di arretramento.

Concetti come "continuità assistenziale", "integrazione ospedale-territorio", che tanto sono menzionati nei PSSR della Regione Veneto succedutisi dal 2013 ad oggi, possono infatti apparire quasi vuoti di significato di fronte alla realtà di un SSSR che, senza un'adeguata programmazione territoriale (cioè rispondente a bisogni effettivi) e a causa di una filiera dell'assistenza territoriale ancora incompiuta, tende a prolungare eccessivamente il ricovero in ospedale per acuti dei pazienti anziani o, in alcuni casi, a dimmetterli dalle strutture pubbliche non ancora stabilizzati, lasciandoli in carico alle famiglie o inducendoli a ricorrere a strutture private.

Da anni Cgil, Spi Cgil, Fp Cgil del Veneto sostengono la necessità di garantire una piena e reale integrazione ospedale-territorio e socio sanitaria, evidenziano le maggiori criticità e sollecitano gli interventi prioritari avvalendosi del prezioso lavoro di indagine e ricerca di IRES VENETO su questo ambito strategico; per questo, dopo la Ricerca del 2016 su "Il sistema socio-sanitario del Veneto: domanda di salute, reti territoriali e percorsi di integrazione. Un'analisi su sette Aziende ULSS" e quella del 2018 sulla "Riorganizzazione territoriale e integrazione dei servizi socio-sanitari", con questa nuova Ricerca avviata nel dicembre 2019, si vuole dare un contributo all'analisi della filiera socio-sanitaria territoriale del Veneto.

Oggetto della ricerca di cui oggi si presentano i primi dati sono le seguenti analisi:

- stato di attivazione, rispetto alle previsioni, delle strutture intermedie (Ospedali di Comunità, URT, Hospice);
- forme di riorganizzazione della medicina territoriale e loro grado di attuazione;
- modalità di erogazione e livelli di attivazione dei servizi di Assistenza Domiciliare;
- situazione dei servizi distrettuali.

I primi dati della ricerca

I dati che stanno emergendo dalla ricerca ci dicono, infatti, che:

- **gli accessi in PS con codice bianco sono in aumento.** Il numero degli accessi in OBI con durata > 48 ore sono aumentati del 10% dal 2017 (situazione particolarmente critica in A-ULSS 5, dati MES 2019).
- **La lunghezza della degenza ospedaliera in Veneto è superiore alla media nazionale:** 7,9 giorni vs 7,5 nazionale in reparti per acuti; per i ricoveri in lungodegenza la degenza media è di 30 giorni vs i 22 nazionali, i pazienti di età > 65 anni hanno una degenza media di 10 giorni vs 8,5 nazionali (Osservasalute, 2019); a fronte della riduzione di 1.000 posti letto pubblici¹⁾ dal 2013 al 2019 (-7%) e di 150 privati (-5%), il tasso di occupazione dei posti letto è aumentato del 2% (Piani di adeguamento delle AULSS alle DGR 2122/2013 e 614/2019). Questi elementi qualificano una minore capacità di gestione del paziente sia rispetto alla condizione clinica, che all'utilizzo delle risorse (l'indicatore di performance della degenza media per i DRG medici del MES 2019 attribuisce al Veneto una scarsa valutazione).
- **La dotazione di personale medico è inferiore alla media nazionale** (19,2 vs 22,7 per 10.000 abitanti nelle strutture pubbliche e equiparate e 5,2 vs 14,7 nelle private accreditate) (Banca d'Italia 2020). Dal 2013 al 2018 il personale delle A-ULSS si è ridotto del 2,4% (-1425 unità) (Conto Annuale MEF).
- **I posti letto realizzati nelle strutture intermedie, nel 2019 rappresentano il 59% dei programmati:** il 54% per gli ODC (475 PL su 887 programmati), del 55% per le URT (128 su 231), 90% per gli Hospice (220 su 245 numero, questo, inadeguato in base al fabbisogno definito dal Ministero con il DM 43/2007: 1PL ogni 56 deceduti per patologie tumorali). I posti letto delle strutture intermedie realizzati, al di là del rispetto della programmazione definita nelle varie DGR dalla Regione stessa (DGR 2122/2013, DGR 1714/2017, DGR 614/2019) rappresentano comunque il 48% dello standard fissato dalla Regione stessa nella DGR 1714/2017 (0,6 PL ogni 1000 residenti di età > 45 anni) e il 41% di quello fissato da AGENAS (0,4 ogni 1000 residenti). Dei PL programmati in strutture intermedie, 255 posti dovevano essere realizzati entro il 31/12/2019 (Piani di adeguamento delle AULSS alle DGR 2122/2013 e 614/2019).
- **Il fondo per la non autosufficienza** (che copre le impegnative di residenzialità e quelle per le cure domiciliari) non è adeguato al fabbisogno effettivo, che viene coperto solo al 70% dalle impegnative di residenzialità, le risorse destinate alle impegnative domiciliari risultano riscalate.
- **In due anni, dal 2017 al 2019 si sono persi 155 medici convenzionati** (SISAC 2019). Il Veneto in base a recenti stime (al pari di Calabria, Lombardia, Abruzzo) ha finanziato in minor misura le borse di specialità ed è a rischio di superamento del

1) Dal conteggio sono esclusi i PL extra Regione. Se si considera anche i PL extra Regione si conferma la riduzione dei posti letto pubblici mentre si registra un aumento dei PL nelle strutture private accreditate.

massimale consentito. Le borse di specialità messe a bando nei trienni 2014-2017 (n. 50 borse di studio), 2015-2018 (n. 50 borse di studio), 2016-2019 (n. 25 borse di studio) e 2017-2020 (n. 50 borse di studio) sono largamente insufficienti rispetto alle zone carenti e agli incarichi vacanti di Continuità Assistenziale rilevati negli stessi anni 2017 (- 97), 2018 (-176), 2019 (-318) e 2020 (-244). Dall'anno 2019, per effetto del Decreto Calabria è possibile affidare incarichi di MMG anche a medici solo iscritti al corso di formazione. Solamente nell'anno 2020 la Regione mette a bando 118 posti con borsa di studio e 80 posti senza borsa di studio.

- **L'Assistenza Domiciliare integrata** (ADI) che pure si prende in carico una buona percentuale di pazienti ultra 65enni (3,48 vs media italiana di 2,41), registra un numero di ore di servizio per assistito (4 ore vs le 17 nazionali per anziani e 10 vs 24 ore per pazienti terminali) molto inferiore rispetto al dato medio nazionale (Annuario Statistico Ministero della Salute, 2018).

Non si vuole negare che il Veneto possa comunque essere considerata ancora oggi una Regione "virtuosa" dal punto di vista sanitario. **Certamente sono molti gli ospedali che, a livello nazionale, hanno visto ridursi il numero dei PL (e si tratta di un fenomeno non solo italiano), ma in Veneto ciò è avvenuto in un momento in cui la riorganizzazione della struttura e dell'attività ospedaliera doveva coincidere con il potenziamento della sanità territoriale (medicina di base, strutture intermedie) che solo parzialmente si è verificato.** Per questo è necessario richiamare l'amministrazione regionale a rafforzare e dare attuazione agli interventi necessari per garantire una piena e reale integrazione ospedale-territorio e socio sanitaria.

L'emergenza Covid...

Un'occasione per intervenire tempestivamente e in modo strutturale su assetti organizzativi e qualità dei servizi, nella consapevolezza che:

- **le strutture intermedie** possono rappresentare luoghi attrezzati per curare pazienti non gravi o che devono riabilitarsi dopo la fase acuta di una malattia, al fine di completare un corretto percorso di cura;
- **l'ADI va ripensata**: deve essere pronta a decongestionare le strutture ospedaliere favorendo il distanziamento dei pazienti e deve saper gestire anche i casi più complessi; per questo va potenziata nelle ore e negli accessi, eliminando le disparità di fruizione del servizio e diffondendola ovunque, supportandola eventualmente anche con la telemedicina nelle sue varie declinazioni (telemonitoraggio e tele-diagnostica) e con l'intervento di nuove figure professionali (infermiere di famiglia e micro équipe sul territorio) a fianco del paziente;
- l'intera **filiere della non autosufficienza** è una priorità e va sostenuta e riformata a partire dalla trasformazione delle Ipab;
- **la carenza di MMG** è un problema da affrontare: i MMG hanno rappresentato e rappresentano il cuore nevralgico dell'intero sistema dell'assistenziale territoriale. Per questo vanno aumentate le borse di studio nazionali e regionali ed accelerati i tempi per sopperire alle sempre più gravi carenze e per favorire la realizzazione delle aggregazioni;
- **le assunzioni del personale** non possono avvenire semplicemente per "coprire" una situazione emergenziale poiché l'investimento in posizioni a tempo indeterminato ci assicura la disponibilità di risorse umane necessarie per coprire situazioni reali di bisogno assistenziale, limitando il burnout del personale;
- **va valorizzato il ruolo della COT** come garante dell'integrazione e di efficacia nella tenuta del percorso assistenziale tra i "punti insieme" dell'integrazione stessa.

Interventi su cui riteniamo si debbano indirizzare le maggiori risorse economiche che, diversamente dal recente passato, sono già state erogate o si renderanno disponibili con i diversi strumenti di finanziamento nazionali e europei, sulla base di una congrua verifica dei reali fabbisogni e delle effettive necessità dei territori.

È questo il contributo che vogliamo dare all'analisi e al confronto sulla politica socio-sanitaria regionale che:

- dopo la riorganizzazione del 2016 sembra avere rallentato i processi di integrazione e lasciato ai territori la gestione in proprio delle evidenti difformità preesistenti alla fusione delle A-ULSS e tuttora presenti;
- ha realizzato parzialmente il disegno della filiera dell'assistenza territoriale, non adeguando la programmazione ai suoi stessi standard di fabbisogno assistenziali (quello dello 0,6 per 1000 abitanti > 45 anni relativo ai posti in strutture intermedie è disatteso da diversi anni);
- si dichiara artefice di un nuovo modello di assistenza primaria, salvo poi volerne modificare alcune caratteristiche rilevanti come il numero degli assistiti per ciascun medico, la copertura oraria e la sua stessa organizzazione (sostituzione delle medicine di gruppo integrate con "team delle cure primarie" per consentire al privato di accedere al servizio o di aumentare il massimale di assistiti nel tentativo di sanare i ritardi di una programmazione degli accessi alla professione non adeguata ai fabbisogni della popolazione);
- non prevede un modello di assistenza domiciliare unitario (la percentuale di anziani >65 trattati in ADI va dall'8,18% dell'AULSS 2, al 3,5% dell'AULSS 9);
- non ha compreso che, rafforzando il territorio, potrebbe contribuire a ridurre i costi dell'assistenza ospedaliera, evitando le "dimissioni ritardate";
- **non sempre favorisce la condivisione delle informazioni necessarie per aprire un serio confronto su obiettivi, metodi ed esiti delle politiche di programmazione.**

Nei giorni scorsi è stata firmata una Convenzione tra Ires Veneto e CRIEP (Centro di Ricerca Interuniversitario sull'Economia Pubblica) avente come oggetto l'identificazione e l'attuazione di progetti, programmi e iniziative di ricerca congiunte nell'ambito dei servizi socio-sanitari nella Regione Veneto (la costruzione di nuove banche dati per la ricerca, attraverso le fonti ufficiali; la raccolta di opinioni degli *stakeholder*; l'organizzazione di eventi finalizzato alla divulgazione e alla disseminazione dei risultati dell'attività scientifica). Pensiamo che questo sia un modo positivo e utile per continuare a dare il nostro contributo ed essere parte attiva nelle politiche di intervento per una sanità regionale che risponda ai bisogni effettivi delle persone e dei territori.

LEGENDA PER LA LETTURA DEGLI ACRONIMI E DELLE ABBREVIAZIONI:

PSSR = Piano Socio Sanitario Regionale
SSSR = Servizio Socio Sanitario Regionale
PS = Pronto Soccorso
OBI = Osservazione Breve Intensiva
MES = Management e Sanità- Sant'Anna di Pisa
MEF = Ministero dell'economia e delle finanze
AULSS = Azienda Unità Locale Socio Sanitaria
DGR = Delibera della Giunta Regionale
ODC = Ospedali di Comunità
URT = Unità Riabilitative Territoriali
AGENAS = Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

PL = Posti letto
SISAC = Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (rappresenta la delegazione di parte pubblica per il rinnovo degli accordi riguardanti il personale sanitario a rapporto convenzionale)
MMG = Medici di Medicina Generale
COT = Centrale Operativa Territoriale (rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale... garantisce la continuità assistenziale e razionalizza l'utilizzo delle risorse nella fase di dimissione protetta dall'Ospedale verso il Territorio).