

Veneto, un modello assistenziale da imitare

Gianni Valentini

Secondo il ministro del Welfare e il sottosegretario alla Salute, la via intrapresa dalla Regione Veneto nella riorganizzazione delle cure territoriali può costituire un riferimento per l'intero Paese

Il Veneto rappresenta un modello di servizio sociosanitario da seguire in tutta Italia. Lo ha detto a Padova il ministro del Welfare **Maurizio Sacconi** intervenendo al convegno: "La persona e la sua salute". "È nel Veneto - ha dichiarato - che è iniziato, negli anni Settanta, quel processo di riconversione degli ospedali generalisti in poli di eccellenza e strutture territoriali di rete che oggi si richiede alle aree del Sud". Fatto sta che insieme alla Lombardia, il Nord-Est è diventato punto di riferimento anche a livello finanziario: sarà infatti il costo medio lordo per abitante delle prestazioni del sistema sociosanitario delle due Regioni a costituire il parametro di partenza per definire i "costi standard" del neonato sistema federale che, secondo Sacconi, potrà generare un risparmio immediato, nella spesa pubblica per la sanità, di circa 4 miliardi e mezzo di euro. A fargli eco il sottosegretario alla Salute **Francesca Martini** che, in occasione dell'inaugurazione di una Utap a Valeggio sul Mincio, in provincia di Verona, ha dichiarato che la via intrapresa dal Veneto di innalzamento delle cure primarie sul territorio e la chiusura di strutture ospedaliere inadeguate rappresenta il modello per l'intero Paese.

Qualche ripensamento

Nonostante le lodi "istituzionali", emergono tuttavia dei chiaroscuri, come per esempio i ripensamenti da parte della Regione sull'utilizzo delle Utap, una delle strutture organizzative delle cure primarie su cui il Veneto aveva puntato nel Piano sanitario regionale (Psr) 2006-2007, prevedendo l'istituzione di almeno due Utap per ogni Asl. Nel Psr 2010-

12 non è prevista neanche l'apertura di una Utap in più rispetto a quelle fino ad oggi autorizzate (sono più di venti quelle già in attività). Inoltre due delibere regionali, pubblicate il 27 gennaio scorso sul *BUR*, riordinano le cure primarie verso un'inedita riorganizzazione integrata in rete tra Mmg e arrestano l'apertura di nuove medicine di gruppo a quelle per cui è stata presentata domanda fino al 25 novembre scorso.

Questioni di costi?

Perplessità sul profilo organizzativo da dare alla medicina del territorio sono state evidenziate anche a Padova durante un convegno regionale intitolato "Quale innovazione organizzativa nell'assistenza primaria?". In quella sede sono stati segnalati i dati della Corte dei Conti dell'anno 2006, gli ultimi disponibili, tutt'altro che rassicuranti: è in atto, infatti, una riduzione del numero di posti letto, ma un aumento del costo della singola degenza; inoltre si evidenzia un sottofinanziamento per la medicina di famiglia di oltre 770 milioni, pari allo 0.6% del Pil nazionale. Il territorio veneto ha perso 133 miliardi in un triennio. La medicina generale, inoltre, dal 2002 al 2006 ha subito un taglio delle risorse dedicate (si è passati dal 5.05 al 4.10%).

"A quattro anni da quando gli assessori alla sanità italiani, a Cernobbio, firmarono con l'allora ministro Sirchia un documento - commenta **Giampietro Rupolo**, direttore dei piani e dei programmi socio-sanitari della Regione Veneto - che dava priorità alla riorganizzazione territoriale delle cure primarie e individuava la nascita di nuovi modelli organizzativi, non ne abbiamo ancora uno con-

diviso da tutti. In quattro anni la medicina, così come l'economia, fanno passi da gigante. Non possiamo continuare a mettere in piedi progetti senza la certezza della qualità dell'assistenza prodotta e della crescita delle professionalità".

Se nella Regione esistono già almeno trenta realtà organizzative sperimentali, come la medicina di gruppo, le Utap, le Etap, oltre a diverse associazioni, tutte nate con l'obiettivo di dare una risposta globale al paziente, e già nel 2007 l'81% dei Mmg risultava strutturato in team, per mantenere l'eccellenza veneta quali innovazioni si ritengono prioritarie per la revisione delle cure primarie e con che tempi? A questa domanda risponde **Giuseppe Greco**, segretario della Fimmg di Padova: "La nostra impressione è che la politica riservi alla medicina sul territorio le parole e agli ospedali le risorse: i finanziamenti promessi a Cernobbio non sono finiti certo alle cure primarie".

"L'assistenza domiciliare - prosegue Greco - non è stata inventata dallo Stato, è partita da professionisti, così come le modalità associative o *l'information technology* (Itc): i Mmg sono misurati sulla percentuale di ricette stampate, ma l'informatizzazione è partita con investimenti privati. Gli incentivi che ci danno non bastano nemmeno per la manutenzione".

Il segretario della Fimmg di Padova ha rilanciato "la questione ITC" anche al convegno regionale Fimmg di Vicenza: "La medicina di famiglia in rete - ha dichiarato - necessita di un diverso modello di *governance* che coinvolga il generalista in un investimento reale nell'assistenza primaria, dove l'infrastruttura di *information technology* deve essere uno strumento di supporto alla rete assisten-

ziale. La categoria non intende sottostare a una logica di rete informatica utilizzata unicamente a scopi gestionali e amministrativi”.

■ C'è bisogno di un salto di qualità

Secondo Greco per risolvere i problemi veneti occorre che la Regione “esca dall'immobilismo” e faccia un salto di qualità in termini di programmazione per l'organizzazione delle cure primarie. Il segretario non manca, tuttavia, di indicare anche i punti di forza della medicina territoriale veneta: innanzitutto, afferma, “la capacità che ha avuto, in accordo con la Regione, di organizzarsi per sostenere la domiciliarità. Contemporaneamente, la partnership che si è messa in moto fra aziende e Mmg ha dato ricadute positive e risultati anche sui costi. Basti citare l'11.8% di spesa farmaceutica rispetto al tetto fissato del 14%. Anche l'impulso conferito dalle Utap ha costituito un forte momento di dibattito, inducendo a riflessioni e ad applicazioni costruttive. A Padova, per esempio, abbiamo avuto una riduzione drastica di accessi al Pronto soccorso. Il sistema sanitario veneto presenta punte di eccellenza e sacche di arretratezza, perché non esistono veri e

propri investimenti sul territorio”.

Brunello Gorini, Fimmg Treviso, cita tra le realtà positive create in zona anche il Centro Regionale di riferimento per la medicina convenzionata di assistenza primaria, di cui è stato direttore per tre anni. Le principali linee di intervento del Centro sono state la preparazione specifica (con la scuola regionale in medicina generale), l'aggiornamento obbligatorio, la formazione pre e post-laurea e in vista dell'esame di Stato, la ricerca e il monitoraggio domanda/bisogno di salute della popolazione con conseguente necessità formativa dei professionisti del sistema sanitario regionale.

Poi, attraverso il “Progetto Cure primarie 2009” la Regione Veneto avrebbe dovuto prevedere una nuova fase per la programmazione dell'assistenza di primo livello. Tre gli obiettivi del piano, che sono già stati assegnati ai direttori generali delle aziende sanitarie locali e di quelle ospedaliere: la predisposizione di un piano attuativo per le cure primarie di durata triennale per l'individuazione delle strategie relative alla gestione integrata dei pazienti e alla continuità dell'assistenza; il completamento delle Utap; la definizione dei cosiddetti “patti aziendali” per la realiz-

zazione di tali obiettivi, concordati con i medici convenzionati.

Cifre alla mano, dunque, secondo gli ultimi aggiornamenti per il territorio veneto oggi sono in cantiere 42 Utap, di cui 27 già a regime, per un insieme di 53 distretti (con un bacino di 100mila abitanti) operativi 24 ore su 24, otto ospedali di comunità; 269 strutture residenziali extraospedaliere e 16 hospice.

“L'intento - ha commentato **Renato Rubin** - responsabile del Servizio di Medicina Convenzionata della Regione - è lo sviluppo di una rete integrata di strutture. Il progetto può contribuire a migliorare i livelli essenziali dell'assistenza primaria”.

“Lanciamo una proposta forte di collaborazione - ha affermato l'assessore regionale alla sanità **Sandro Sandri** - con tutti i circa 6.000 medici convenzionati veneti: Mmg, di continuità assistenziale, pediatri di famiglia e specialisti ambulatoriali interni”.

Nel frattempo, si è aperto il dibattito sullo stop alle Utap, sancito dal nuovo Psr e si è aperta una discussione tra Regione e sindacati sulla bozza d'intesa per la riorganizzazione dell'assistenza primaria in cui tra i temi principali c'è la messa in rete di tutti i Mmg sviluppando il collegamento con specialisti e ambulatoriali.