Partito Democratico
VENETO

# PER UN VENETO IN SALUTE

## LE PROPOSTE DEL PARTITO DEMOCRATICO PER LA SANITÀ PUBBLICA

**2 APRILE 2022**

S&D
Group of the Progressive Alliance of
Socialists & Democrats
in the European Parliament

Partito Democratico
VENETO

# LE PROPOSTE PER LA SANITÀ PUBBLICA IN VENETO

FORUM SANITÀ E SOCIALE PD VENETO

CONVEGNO

## PER UN VENETO IN SALUTE

PADOVA, 2 APRILE 2022

# PER UN VENETO IN SALUTE

di **Andrea Martella**

*Per il Partito Democratico i temi del welfare sono distintivi e identitari.*

*La discussione attorno alla questione sanitaria, alle riforme da realizzare e alle proposte da avanzare, sarà al centro di una seria battaglia, politica e culturale, su cui intendiamo impegnarci in tutto il Veneto.*

*Da due anni ci troviamo ad affrontare una emergenza sanitaria che mai avremmo immaginato, di cui questa regione, con il primo caso di Vo', è stata l'epicentro continentale.*

*Con la pandemia, e con le conseguenze drammatiche che ha prodotto sulla vita e sulla salute delle persone, abbiamo tutti compreso il valore fondamentale della sanità pubblica.*

*Abbiamo, dunque, superato quella che per anni è stata una certa retorica che si basava sul sillogismo dello Stato come spreco e del privato come efficienza.*

*Certo ci saremmo augurati che non ci volesse una pandemia per farcelo capire, ma l'emergenza ha definitivamente mostrato, anche rispetto ad altri modelli occidentali, quanto sia importante l'investimento pubblico in ambito sanitario e quanto sia indispensabile l'universalismo della sanità sancito dall'articolo 32 della nostra Costituzione.*

*Avere libero accesso alle prestazioni sanitarie e non dover esibire carte di credito per potersi curare assicura il principio di democrazia e di libertà sostanziale.*

*Ora che stiamo imparando a convivere con il Covid, e che dunque la fase più acuta della pandemia sembra essere alle nostre spalle, dobbiamo mettere a fuoco cosa ci ha insegnato questa emergenza, definendo come correggere le storture del sistema sanitario veneto e come riprogettare il modello socio-sanitario della nostra regione.*

*In Veneto abbiamo una specificità: il territorio.*

*E la «territorializzazione» dei servizi socio-sanitari è un principio che ci distingue da sempre.*

*Come forza politica lo abbiamo ereditato da una veneta che ha dato una impronta straordinaria ad una riforma che rappresenta ancora oggi un caposaldo del welfare moderno.*

*Questa veneta si chiamava Tina Anselmi.*

*La sua riforma del 1978, con la istituzione del servizio sanitario nazionale, è l'architrave su cui tuttora basiamo il nostro sistema di welfare.*

*È ovvio che le esigenze sono cambiate e i bisogni di salute sono mutati, ma la garanzia dell'accesso che quella riforma introdusse è la premessa di tutto.*

*Oggi la parola chiave è integrazione socio-sanitaria. Noi come centrosinistra ne parliamo dal 1999, dalle riforme di Rosy Bindi prima e di Livia Turco poi.*

*Perché, e lo vogliamo ricordare con orgoglio, come centrosinistra abbiamo avuto sempre una visione su questi temi.*

*La politica non si può occupare di sanità solo per le nomine apicali, non è credibile e soprattutto non è un compito che le compete.*

*Programmare è ciò che compete alla politica, stabilire il giusto equilibrio tra medicina del territorio e ospedali, rafforzare la prevenzione, puntare ad avere medici di base motivati e valorizzati, costruire un più attento ed efficace rapporto con le nostre università che rappresentano una eccellenza anche oltre i confini nazionali.*

*Questo è il compito della politica.*

*E questo è il compito che si vuole dare il Partito Democratico del Veneto.*

*L'attuale modello socio-sanitario veneto è un modello che non va: dallo snaturamento del modello integrato ai ritardi nell'attuazione di quanto previsto dagli stessi Piani socio-sanitari regionali, pensiamo alle famiglie con familiari con sofferenza psichica, ma anche al mancato recepimento di alcune leggi statali come quella relativa agli ATS (Ambiti, Territoriali Sociali) e alla tanto attesa riforma delle IPAB.*

*Dobbiamo, dunque, rivedere i fondamentali e ricostruire il sistema socio-sanitario del territorio.*

*Ma per farlo dobbiamo partire dal valore del capitale umano.*

*Il pilastro del Servizio Sanitario Regionale è costituito dai professionisti della sanità. Ma in Veneto sono troppo pochi e su di loro pesa un carico di lavoro eccessivo. Molti scappano appena possono: verso la pensione al primo momento utile, verso altre regioni, verso il privato.*

*Il Veneto è fra le regioni in Italia in cui le fughe dei medici sono maggiori e la Giunta regionale appare colpevolmente immobile rispetto al fenomeno.*

*Servono più medici e infermieri, più formati e meglio retribuiti.*

*Preoccupa anche la rassegnata inerzia con cui la Giunta regionale sta pensando di utilizzare le risorse del PNRR a sostegno della sanità veneta, segno che la questione non sta nelle priorità leghiste.*

*E, infine, i servizi sanitari ai cittadini e il bisogno di salute delle persone.*

*Su questo fronte, da un lato la carenza dei medici di base, come riferimento più prossimo per la diagnosi, la cura, e la prevenzione, e dall'altro l'eccessiva lunghezza delle liste di attesa, raccontano con evidenza l'attuale crisi della medicina del territorio in Veneto.*

*Bisogna intervenire con urgenza per presidiare queste funzioni essenziali per la salute: finanziare più borse di studio, aumentare gli incentivi per chi opera nelle aree rurali e disagiate, investendo sul personale amministrativo e infermieristico negli ambulatori e nelle strutture sanitarie.*

*Per queste ragioni, per noi la prima questione è la sanità.*

*Perché da questa nostra battaglia deriva la nostra capacità di stare nel cuore dei bisogni, delle aspettative, dei problemi che riguardano le cittadine e i cittadini del Veneto.*

*Il valore del welfare pubblico come principio di democrazia oggi, e da sempre, per noi è centrale.*

*E da qui dobbiamo ripartire.*

*Per realizzare e rafforzare il patto tra i veneti e una salute migliore.*

# LA SANITÀ ED IL SOCIALE IN VENETO AD UNA SVOLTA

di **Claudio Beltramello**, coordinatore Forum Sanità e Sociale PD Veneto

La **sanità pubblica del Veneto** è ad una svolta.

La pandemia ha messo in evidenza tutte le criticità del nostro sistema socio-sanitario, a partire dal progressivo processo di **smantellamento del sistema pubblico**.

Occorre, quindi, **correggere urgentemente la rotta**, prima che sia troppo tardi.

Il rischio che corriamo è che nel corso di pochi anni i cittadini non si vedranno più garantite le prestazioni da parte del servizio sanitario pubblico e saranno, dunque, costretti a rivolgersi al privato, con una evidente e intollerabile iniquità per le persone meno abbienti.

**L'universalità del servizio sanitario** è, dunque, già in pericolo e la salute dei cittadini rischia di pagare un prezzo davvero troppo salato.

Basta pensare alla **fuga dei professionisti**, medici in particolare, dal sistema sanitario pubblico.
In Veneto il tasso di abbandono precoce per autolicenziamento o per pensionamento al primissimo momento utile è tra i più elevati d'Italia.

I privati, che pure hanno sempre operato nel settore sanitario, non sono mai stati in grado di attrarre i professionisti come sta accadendo ora.

E questo avviene perché oggi nel pubblico risulta sempre più difficile lavorare serenamente e dignitosamente. Riduzione dei posti letto negli ospedali, tagli ai servizi del territorio con cento primariati in meno rispetto a solo pochi anni fa, turni eccessivi e insostenibili, mancanza di integrazione ospedale-territorio sono solo alcune delle ragioni che stanno allontanando i professionisti dalla sanità pubblica veneta.

La **meritocrazia** come criterio di scelta per la progressione di carriera, inoltre, è ancora spesso assente e sono ancora troppo frequenti le interferenze politiche nella scelta di direttori, primari e coordinatori.

Ma sono tanti i versanti in cui la sanità veneta non riesce già ora a tutelare la salute dei veneti. Alcuni servizi che dopo la pandemia avrebbero dovuto essere potenziati, come ad esempio i **servizi psichiatrici** per gli adulti e per i minori, non riescono a garantire i servizi minimi, nemmeno alle persone già in carico prima del Covid.

Gli **SPISAL** sono drammaticamente sotto organico, sia di medici del lavoro che di tecnici, mentre le morti sul lavoro aumentano in misura preoccupante.

E anche nell'**ambito sociosanitario** la situazione non è migliore.

Il Veneto è l'unica regione in Italia a non aver ancora provveduto alla **riforma delle IPAB**, attesa da 20 anni e non è stata mai affrontata né risolta la questione del pagamento della quota sociale a carico delle famiglie degli ospiti di strutture residenziali per anziani, malati psichici e persone con disabilità.

E i **consultori** presenti in Veneto sono la metà di quanto previsto dalla normativa italiana.

I fondi ingenti del **PNRR** per la sanità, che sono naturalmente previsti quasi esclusivamente per investimenti in Case della Comunità, Ospedali di Comunità, ristrutturazioni ospedaliere e digitalizzazione, in assenza di una visione precisa sulla riorganizzazione socio-sanitaria e di una adeguata programmazione, soprattutto rispetto al personale, rischieranno di essere sprecati.

Partendo da queste considerazioni sullo stato della sanità e del sociosanitario in Veneto, il **Partito Democratico del Veneto** raccoglie in queste pagine una sintesi delle riflessioni e delle prime proposte per un concreto e urgente cambio di rotta nella gestione della sanità pubblica.

Il **patrimonio prezioso rappresentato dalla sanità e dal sociosanitario in Veneto** merita attenzione e cura ed **il PD si batterà per tutelare la salute dei cittadini**, per salvaguardare il lavoro di tanti professionisti che oggi non vedono un futuro nel sistema sanitario e, infine, **per progettare un sistema sanitario e sociosanitario di qualità** in grado di rispondere alle grandi sfide che questo drammatico periodo di pandemia ha fatto emergere in modo ancora più evidente.

# VALORIZZARE IL PERSONALE SANITARIO

Di fronte alle carenze di personale ormai endemiche nel nostro sistema sanitario emerge con forza una domanda: quale dirigente di azienda farebbe spallucce se una parte rilevante del proprio **capitale umano** formato e nel pieno delle capacità lavorative passasse alla concorrenza?

Questo è ciò che, di fatto, sta accadendo da anni nella sanità pubblica veneta.

La sanità è un ambito ad alta intensità di lavoro, ad elevata qualificazione professionale nonché basato su una imprescindibile "relazione umana".

Per garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ai veneti, e cioè il diritto alla salute, serve, prima di tutto, **personale formato, strutturato e non precario, motivato ed in numero sufficiente** per garantire un adeguato funzionamento dei servizi sia ospedalieri che territoriali.

In Veneto siamo lontani da questo obiettivo. Oggi serve una svolta radicale rispetto ad un decennio di tagli, inerzia, sottovalutazione e assenza di visione e di programmazione del fabbisogno.

Il giudizio sull'operato della Giunta Regionale è drastico perché, con le sue scelte, ha dimostrato di seguire un disegno che **mortifica il servizio sanitario pubblico**.

Le decisioni relative all'organizzazione hanno sempre considerato il personale come una variabile dipendente dall'equilibrio di bilancio, come appare evidente dalla disarmante disinvoltura nel ricorso alla **esternalizzazione di attività "*core*",** dal pronto soccorso, ai ginecologi nelle sale parto, alla rianimazione.

L'attività della Regione è anche stata scarsamente incisiva nella negoziazione dell'**attività formativa** (infermieri, tecnici e scuole di specialità mediche) ed indifferente alla perdita di attrattività del Sistema Sanitario Regionale (SSR): se si prosegue su questa strada il servizio sanitario pubblico è a rischio "estinzione".

Questa analisi è suffragata dai numeri: in Veneto la **spesa del personale** (standardizzata per popolazione residente) è tra le più basse d'Italia e, rispetto al budget complessivo della spesa sanitaria, la **quota del personale** è inferiore del 3-4% rispetto a regioni paragonabili come Toscana ed Emilia Romagna. Circa l'8% dei cittadini veneti è senza il **medico di famiglia** e nelle diverse strutture **mancano 1.500 medici e oltre 3.000 tra infermieri, tecnici e operatori socio sanitari**.

Tali carenze, generate negli ultimi 15 anni principalmente dal blocco del turnover, hanno determinato un preoccupante circolo vizioso che la Giunta regionale ha lasciato precipitare: aumento dei carichi di lavoro individuali di chi resta, turni stressanti, ferie rinviate, straordinari non pagati, gratificazioni professionali ed economiche nulle, disomogeneità retributive infra-regionali, assenza di prospettive di miglioramento nella carriera, contiguità in reparto con professionisti "a gettone" retribuiti più del doppio, allungata la distanza fra direzione strategica ed i professionisti esclusi da ogni processo decisionale.

Tutto ciò ha drammaticamente peggiorato il clima e le condizioni di lavoro, che causano la **fuga dei professionisti dai servizi pubblici** verso il privato o verso la pensione al primissimo momento utile.
La fuga di medici in Veneto è doppia rispetto al dato nazionale e quintuplicata negli ultimi 10 anni.

È il segnale inequivocabile della sconfitta delle scelte in ambito sanitario di chi governa la nostra Regione.

Le nostre proposte:

- più professionisti, a cominciare da medici sia dipendenti che convenzionati ed infermieri, adeguatamente formati e meglio retribuiti;
- individuazione precisa del fabbisogno di personale per garantire i LEA ai cittadini riprogrammando i percorsi formativi anche con l'attivazione di "Ospedali di insegnamento" alla luce dell'aumento dei medici nelle scuole di specialità;

- superamento del precariato;
- miglioramento delle condizioni retributive e introduzione di incentivi e forme premianti nelle discipline e nei luoghi poco attrattivi;
- aumento del coinvolgimento dei clinici nei processi decisionali; blocco degli appalti per la somministrazione di lavoro;
- avvio di percorsi di specializzazione degli infermieri;
- creazione di condizioni per il miglioramento professionale e la progressione di carriera basate unicamente su competenza e merito.

# DISTRETTI, CASE DELLA SALUTE, STRUTTURE INTERMEDIE E OSPEDALI DI COMUNITÀ

L'emergenza sanitaria legata al Covid ha evidenziato l'importanza per garantire il diritto alla salute della **filiera dell'assistenza territoriale** e dei processi di **integrazione sociosanitaria**.

La pandemia ha dimostrato quanto **l'accesso universale ai servizi sanitari** e la **qualità** delle risposte ai crescenti bisogni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e assistenza siano davvero imprescindibili.

La filiera dei servizi territoriali è lo snodo per perseguire questi obiettivi e richiede un rafforzamento dell'organizzazione e degli interventi per la **prevenzione**, per la gestione della **transizione ospedale-casa/residenza assistita**, per la **continuità assistenziale**, per la **presa in carico multidisciplinare e integrata dei bisogni**, per la presenza e **l'aggregazione dei medici di medicina generale**, per l'offerta di un **sistema di residenzialità**, semi-residenzialità e assistenza domiciliare efficace, efficiente e sostenibile.

Il Distretto forte, come definito dal nuovo "DM71", attraverso Case della Comunità, Centrale operativa territoriale, Ospedali di comunità, Hospice, e il forte legame con il Dipartimento di prevenzione ed i Medici di famiglia, rende la **struttura territoriale** la vera protagonista della **assistenza ai malati cronici ed agli anziani**.

La nostra Regione deve cogliere l'opportunità della riorganizzazione offerta dal "DM71" e correggere gli errori degli ultimi anni nel sistema socio-sanitario veneto.

Dopo i danni causati dalla legge regionale di unificazione delle ULSS, come la forte penalizzazione dei servizi territoriali, dai distretti alla salute mentale e al dipartimento di prevenzione, con una diminuzione di oltre un centinaio di Unità Operative complesse, l'applicazione del "DM71" deve essere la strada per rivedere profondamente le scelte di allora, aumentando in modo significativo il **numero**

**dei distretti** (uno ogni 100.000) e potenziandone l'organizzazione.

In questo nuovo quadro e alla luce delle importanti funzioni assegnate dal PNRR agli **ATS (Ambiti territoriali Sociali)**, va colta l'occasione per rivederne l'ampiezza territoriale, al fine di avere dimensioni di popolazione simile in tutto il territorio veneto, come previsto dalla riforma nazionale dell'assistenza (L. 328/2000), mai recepita in Veneto con apposita norma legislativa, con un unico organo di indirizzo e controllo (il comitato dei sindaci di distretto).

Gli ATS sono finalizzati alla gestione associata dei servizi sociali e dell'ambito povertà, ma in Veneto non sono mai decollati. Armonizzare, dunque, i contenuti del nuovo "DM 71" con una **legislazione regionale per gli ATS**, significherebbe anche valorizzare i Piani di Zona, che al suo interno includono sia l'aspetto sanitario che sociale.

Abbiamo, dunque, sul tavolo scelte strategiche, che contribuiranno in misura determinante a definire il nuovo assetto regionale dei servizi socio-sanitari.

La collocazione delle future **Case di Comunità**, il Veneto ne prevede 99 ma sono aspetti ancora da chiarire la modalità di integrazione con le Medicine di gruppo integrate ed il rapporto tra con i 30 **Ospedali di Comunità**.

E gli **Hospice**, che in veneto sono 20, vanno inseriti nel contesto della rete delle cure palliative.

Infine, si dovrà evitare il ricorso sistematico all'utilizzo di strutture private per l'erogazione di prestazioni previste nei livelli essenziali di assistenza (LEA) territoriali, prediligendo invece la gestione diretta, con particolare attenzione all'assistenza domiciliare.

# I MEDICI DI FAMIGLIA E LA MEDICINA DI INIZIATIVA PER LA CRONICITÀ

I **Medici di Medicina Generale (MMG),** i cosiddetti Medici di famiglia o di base, svolgono una funzione cruciale ed irrinunciabile in un contesto di Sanità Pubblica.

I MMG rappresentano, infatti, oltre alla loro funzione di **diagnosi e cura**, l'anello di congiunzione tra i bisogni di **salute dei cittadini** e la fruizione corretta dei **servizi sanitari**. Inoltre essi hanno la preziosa funzione di promuovere la salute attraverso la medicina di iniziativa per la **prevenzione primaria, secondaria e terziaria**.

L'attuale crisi della medicina del territorio in Veneto è legata anche alla **carenza di MMG**, che ha principalmente due cause: gli investimenti non sufficienti nelle borse di studio per la loro formazione

(corso triennale post laurea) e la situazione di disagio, soprattutto post Covid-19, che i MMG stanno vivendo e che sempre più spesso li spinge a **lasciare anticipatamente la loro professione**.

È essenziale rilanciare il ruolo dei MMG attraverso la concreta attuazione di **tre azioni**:

- I MMG devono poter lavorare in sinergia tra loro nelle medicine di gruppo integrate o nei microteam, in un'ottica ancora più ampia di "Team di assistenza primaria". Nello scorso Piano Socio Sanitario Regionale si prevedeva di arrivare alla copertura totale del territorio veneto con le medicine di gruppo integrate ed invece in questo momento ne fa parte soltanto il 20% dei MMG.
- I MMG devono lavorare per obiettivi di salute ed essere messi in grado di raggiungerli. Per riuscirci devono essere rese disponibili figure di affiancamento adeguatamente formate (personale di segreteria, infermieri/e, assistenti sociali, psicologi/ghe), devono essere forniti strumenti diagnostici di primo livello e devono essere formati per il loro utilizzo (come ecografi, ECG, strumenti di telemedicina), e devono essere messi in grado di poter fruire degli strumenti informatici già presenti (fascicolo sanitario elettronico, connessione con i sistemi informatici dell'ULSS, programmi di visione dei referti, ecc.).
- Si deve arrivare ad una effettiva integrazione tra i MMG ed i servizi sia del Distretto che del Dipartimento di prevenzione. In questo senso diventa un'opportunità la presenza dei MMG nelle Case della comunità perché esse, nel rispetto della prossimità delle cure, possono diventare il contesto in cui risalta l'importanza del sistema sociosanitario territoriale.

La **medicina di iniziativa**, ovvero la presa in carico proattiva dei pazienti da parte dei MMG per prevenire le patologie od intercettarle in fase molto precoce, è una delle chiavi di volta per garantire la massima salute ai cittadini e, nel contempo, la migliore sostenibilità al nostro Sistema sanitario, riducendo al minimo gli interventi curativi e, con essi, anche i relativi costi.

In particolare il modello della **presa in carico precoce** delle persone affette da malattie croniche (ad es. diabete, broncopneumopatia, insufficienza cardiaca) porta dei risultati eccezionali in termini di sopravvivenza e qualità della vita.

Tali progetti vanno inseriti nel contesto sopramenzionato dove i MMG sono davvero valorizzati e affiancati da altre figure essenziali per portare avanti queste progettualità.

# GLI OSPEDALI (HUB E SPOKE) E LE LISTE D'ATTESA

Oggi è necessario riorganizzare l'assetto dei servizi ospedalieri in Veneto, anche tenendo conto della revisione in atto a livello ministeriale (DM 70).

La ridefinizione dell'assetto degli ospedali in rete hub (capoluoghi di Provincia) e spoke **non deve penalizzare gli ospedali spoke**, come invece è avvenuto, di fatto, con le schede ospedaliere del 2017.

In questi anni, infatti, troppo spesso gli ospedali spoke sono stati al centro di numerosi problemi, come la contrazione dei servizi, i ritardi nella nomina dei Primari e nell'attivazione dei servizi programmati, mentre le dismissioni e chiusure sono state effettuate senza riserve.

Queste modalità di funzionamento degli ospedali periferici hanno generato un effetto contorto: se gli ospedali spoke non funzionano adeguatamente e non soddisfano le richieste, oltre a non garantire servizi di prossimità ai cittadini, le persone finiscono per "intasare" gli ospedali hub. Di conseguenza si rendono gli ospedali spoke "poco attraenti" per il personale sanitario, instaurando pericolosi circoli viziosi al ribasso.

**L'allungamento delle liste d'attesa,** pesantemente aggravato durante la pandemia, è uno dei problemi della sanità pubblica regionale. Va affrontato in modo trasversale e coordinato in tutti i contesti (assistenza ambulatoriale ospedaliera e distrettuale, ospedali, distretti, MMG) istituendo **una task force regionale dedicata**.

Solo attraverso una analisi dettagliata della composizione delle liste di attesa, della appropriatezza delle richieste, dei possibili percorsi differenziati, dei necessari potenziamenti di attrezzature e personale si potrà arrivare ad avere un progetto specifico e realistico per superare questa importante barriera alla fruizione dei servizi da parte dei cittadini.

# IL RUOLO DEI SINDACI PER I SERVIZI AI CITTADINI

I Sindaci, grazie al loro ruolo di presenza attiva nel territorio, devono essere al **centro della pianificazione socio-sanitaria territoriale.**

Negli ultimi anni, però, la Regione Veneto ha agito nella direzione contraria, ridimensionandone non solo il ruolo ma anche l'effettivo potere decisionale.

Alla luce dei nuovi bisogni socio-sanitari, sarà invece fondamentale **l'alleanza fra le istituzioni**, strutturando, dopo anni di ritardi ed inefficienza, gli **Ambiti Sociali Territoriali** con i **Sindaci protagonisti**, anche dando attuazione ad una seria programmazione dei servizi socio-sanitari da parte dei Comitati dei Sindaci con il direttore del Distretto.

I Sindaci, insieme **agli enti del terzo settore**, possono contribuire fattivamente alla definizione di soluzioni innovative su comunità semi-residenziali, anche diffuse per anziani, persone disabili e persone con disagio psichico, servizi educativi di sostegno alla genitorialità, e progetti tesi alla vita indipendente di persone in difficoltà.

# I SERVIZI PSICHIATRICI PER GLI ADULTI

In Veneto i servizi psichiatrici sono carenti, sia per il numero degli operatori sanitari che per le strutture disponibili e per gli interventi garantiti. Ogni ULSS si organizza in modo autonomo, senza strategia o coordinamento regionale, con dotazioni e prestazioni completamente diverse da un territorio all'altro.

Per quanto riguarda i **medici psichiatri e gli psicologi**, il numero in Veneto, in relaziona al numero di abitanti, è inferiore alla media nazionale, così come risulta tra le più basse d'Italia la percentuale di **spesa dedicata ai servizi psichiatrici** sul totale della spesa sanitaria (2,24 % del fondo sanitario, collocandosi al penultimo posto tra le regioni, contro una indicazione del Ministero della Salute che prevedrebbe almeno il 3%).

La presenza di **infermieri nei servizi psichiatrici** in Veneto è di poco superiore alla media nazionale mentre risultano più numerosi della media nazionale gli **OSS/OTA**, a dimostrazione che l'idea attuale in Veneto è quella di una psichiatria di lungodegenza, non di terapia e riabilitazione.

Complessivamente, in riferimento alla media nazionale, in Veneto dovremmo avere in più il 30% di medici psichiatri, il 62% di psicologi, il 30% di assistenti sociali, il 14% di educatori ed il 34 % di amministrativi.

A differenza dei medici psichiatri, inoltre, **le altre figure professionali sono ampiamente disponibili nel "mercato del lavoro"**. Siamo quindi di fronte ad una precisa scelta: quella di non voler garantire servizi adeguati alle persone con disagio psichico.

**La situazione è drammatica** e troppe famiglie dichiarano di sentirsi completamente abbandonate. In questo momento non vengono garantiti nemmeno i servizi del pre-COVID, quando invece le necessità di servizi psichiatrici sono esponenzialmente aumentate a causa della pandemia.

È urgente, dunque, una **inversione di rotta,** investendo le risorse adeguate per questo settore così delicato e dove sono in gioco enormi sofferenze, tanto per i pazienti quanto per le loro famiglie. Solo con una massiva assunzione di personale si potrà intervenire in modo adeguato, attraverso una presa in carico integrata di questi pazienti e garantendo loro una efficace riabilitazione, evitando le istituzionalizzazioni e la "cronicizzazione" del problema.

# LE CURE DI MINORI DI ETÀ, DONNE E FAMIGLIE

In Italia e nel Veneto oltre il 15% dei soggetti in età evolutiva è affetto da disagi-disturbi psichici e/o comportamentali. E durante la pandemia tali disturbi sono più che raddoppiati.

I nuovi **Livelli Essenziali di Assistenza** hanno stabilito le prestazioni-attività che il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) deve garantire a livello distrettuale per i minori con disturbi psichici. In Veneto questi livelli sono, ad oggi, colpevolmente disattesi.

Le Unità Operative esistenti (neuropsichiatria e servizio per l'età evolutiva) possono a malapena garantire il lavoro di valutazione, diagnosi e certificazione nei casi più gravi e già accertati.

Ma attualmente **oltre 10.000 minori non vengono presi in carico e curati nel Veneto**.

Le ricadute per lo sviluppo psicofisico e relazionale di questi bambini e ragazzi sono drammatiche, con evidenti conseguenze anche sul sistema sia scolastico che sociale e lavorativo.

Anche le **persone con disabilità** in Veneto non possono usufruire di progetti riabilitativi adeguati.

Nella nostra regione manca, da oltre 10 anni, il *Piano Regionale per la Tutela dei Diritti e lo Sviluppo dei soggetti in età evolutiva*: questo piano dovrebbe riprogrammare anche le opportunità socio-educative nelle Comunità locali, per favorire condizioni di agio e contrastare la povertà educativa.

Nel Veneto abbiamo meno della metà dei **Consultori Familiari** previsti per legge e siamo molto al di sotto della media nazionale.

Insomma, in Veneto le problematiche, i disturbi del singolo, della coppia e della famiglia non possono essere presi in carico così come previsto-garantito dai LEA.

Gli interventi di **educazione alla salute e di prevenzione** dedicati alle famiglie sono sempre più rari. Le situazioni di conflittualità tra partner, che potrebbero essere accolte e trattate, spesso degenerano in situazioni di violenza non più gestibili, con notevole aggravio per i centri antiviolenza e danno per le persone, in particolare per le donne ed i bambini.

Come per i servizi psichiatrici degli adulti la **carenza dei professionisti** è drammatica. Mancano neuropsichiatri infantili, psicologi, educatori, assistenti sociali, ostetriche ed altre figure essenziali.

È necessario, dunque, dare un forte segnale di discontinuità.

È urgente un cospicuo **investimento per rilanciare tali servizi,** per farli tornare adeguati ai bisogni, di prossimità, aperti ed accoglienti.

Stiamo parlando di un investimento strategico anche dal punto di vista economico perché tali servizi, oltre ad eliminare molta sofferenza nel presente, intercettando i problemi precocemente nei bambini e nelle famiglie, eviteranno una spesa per il sistema sanitario e sociale di gran lunga maggiore nel futuro.

# PREVENZIONE, DIAGNOSI E CURA DEI TUMORI

La tutela della salute e i diritti dei cittadini per l'accesso equo ai servizi sanitari sono sempre più una questione anche Europea. Le tante sfide che è necessario affrontare ormai travalicano i confini nazionali, come abbiamo visto purtroppo durante la attuale pandemia.

La tutela dell'ambiente, la politica industriale e farmaceutica, i diritti e le prestazioni sanitarie essenziali, le questioni della ricerca e innovazione, sono tutti temi che devono essere affrontati con **una prospettiva europea, per proteggere tutti, soprattutto i più deboli**. Si pensi alle vicende venete dell'inquinamento delle falde acquifere con i PFAS oppure ai livelli di inquinamento dell'aria nella nostra pianura padana.

In questo contesto, si inserisce la recente approvazione del **Piano europeo di lotta al cancro**, cui ***europarlamentari del PD*** hanno dato un fattivo contributo.

Si è giunti finalmente ad una strategia europea per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle patologie oncologiche, con oltre **4 miliardi di fondi** dedicati e con i progetti di precise iniziative per la prevenzione contro il fumo e le dipendenze e per la promozione di stili di vita sani.

Sono stati lanciati iniziative per la mappatura delle diseguaglianze nell'accesso ai servizi di screening e terapie oncologiche in Europa, insieme al più grande piano di coordinamento e collaborazione tra istituti di ricerca scientifica europei al fine di allineare gli aspetti di diagnostica e terapia dei tumori ai più elevati standard.

Si aprono dunque enormi porte anche per il Veneto in termini di accesso a progetti e fondi europei nell'ambito oncologico che devono assolutamente essere colti e "messi a sistema".

# LA RIFORMA DELLE IPAB E LA QUOTA SOCIALE

Da 20 anni stiamo attendendo la riforma delle IPAB tanto che il Veneto è fanalino di coda a livello nazionale.

Manca anche una riforma strutturale di tutti i **servizi residenziali e semi-residenziali** per le persone non autosufficienti.

Questi ritardi hanno conseguenze pesantissime per gli ospiti, per i loro familiari e per le strutture stesse.

La Regione del Veneto deve assumersi le proprie responsabilità senza rimpalli o scaricabarile sulle competenze dello Stato.

Nei **Centri servizi per anziani** (comunemente chiamate "case di riposo") le impegnative non sono mai state riviste da oltre 10 anni né nel numero né nel valore e pertanto sono oramai del tutto inadeguate alle esigenze.

Ricordiamo anche la recente vicenda delle **quote sociali dei non autosufficienti** in strutture per disabili, residenziali o semiresidenziali, completamente a carico delle famiglie o dei Comuni se la persona fa parte di un nucleo considerato "indigente".

Anche in questo caso il Veneto ha preferito la solita non-decisione. I Comuni sono lasciati soli ad affrontare queste spese straordinarie, senza risorse regionali, e si trovano costretti a chiedere ai familiari di contribuire di tasca propria, andando contro sentenze sia del Consiglio di Stato che del TAR del Veneto aprendo ovviamente il fianco a pesanti vicende legali.

Il **Progetto di Legge sulla riforma delle IPAB** è stato depositato a inizio legislatura ma è ancora fermo nei cassetti della Commissione.

Per questo il PD si sta battendo per chiedere che si avvii immediatamente la discussione per giungere entro fine anno alla riforma nonché alla presa in carico del pagamento della quota sociale delle persone non autosufficienti ricoverate nelle strutture residenziali.

Strettamente collegate a queste riforme vi sono tutte quelle azioni e progettualità finalizzate a far restare per quanto più possibile nel proprio domicilio le persone non autosufficienti.

Infine è necessario operare una revisione degli standard organizzativi adeguandoli ai nuovi profili della non autosufficienza, monitorare la qualità dell'assistenza, aggiornare i percorsi formativi di tutti i professionisti coinvolti sia nei servizi residenziali che domiciliari.

Contributi a cura del

# FORUM SANITÀ E SOCIALE PD VENETO


PARTITO DEMOCRATICO DEL VENETO

via Beato Pellegrino 16, Padova - 049 654455 - segreteria@partitodemocraticoveneto.com