



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE E AZIENDALI
“MARCO FANNO”
CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA INTERNAZIONALE
L-33 Classe delle lauree in SCIENZE ECONOMICHE

TESI DI LAUREA

**Il sistema socio-sanitario del Veneto: spesa,
finanziamento ed effetti della riforma del 2016**
*The health care system of Veneto region: expenditure,
funding and effects of the 2016 reform*

Relatore

Prof. Vincenzo Rebba

Laureando

Mattia Micheletto

Anno Accademico 2018/2019

Indice

Introduzione.....	5
Capitolo 1 – Il Servizio socio-sanitario Regionale del Veneto: evoluzione storica e caratteristiche strutturali	7
Capitolo 2 – I recenti interventi di riforma: dal Piano socio-sanitario 2012 – 2016 alla Legge Regionale 19/2016.....	17
Capitolo 3: Il futuro del sistema socio-sanitario del Veneto: analisi del nuovo Piano socio-sanitario 2019-2023	29
Conclusioni.....	41
Bibliografia.....	45

Introduzione

Uno dei principali fattori che ha caratterizzato profondamente lo scenario del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) negli ultimi vent'anni è stato il processo di aggregazione delle Aziende Sanitarie. A partire dalle riforme del 1992, e successive, il SSN è stato soggetto a grandi cambiamenti i quali hanno avuto il fine di ottimizzare la gestione o di contenere i costi della spesa sanitaria. Questo tipo di andamento dopo essersi sviluppato nel corso degli anni, ha visto una nuova accelerazione nel 2015 a livello regionale con l'attuazione di una serie di riforme che hanno coinvolto anche la Regione Veneto.

L'obiettivo di questa tesi è quello di analizzare il sistema socio-sanitario del Veneto con particolare attenzione alla riforma delle Aziende Ulss avvenuta nel 2016 nel territorio regionale. All'interno del primo capitolo verrà tracciata l'evoluzione normativa ed istituzionale del Sistema Sanitario Nazionale italiano dalla sua nascita fino ad oggi facendo un riferimento speciale alla regione Veneto della quale verranno presentati gli elementi che, dal punto di vista sanitario, la caratterizzano. Nel capitolo successivo verrà trattata in dettaglio la Legge Regionale n.19 del 2016 la quale ha portato ad una riorganizzazione delle Aziende Ulss all'interno del territorio della regione Veneto. Nel terzo capitolo verranno esaminate le prospettive evolutive e di sostenibilità del sistema socio-sanitario veneto con riferimento alla bozza del Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023.

Capitolo 1 – Il Servizio socio-sanitario Regionale del Veneto: evoluzione storica e caratteristiche strutturali

Il Sistema Sanitario Nazionale (SSN) italiano nasce nel 1978 con la Legge n.833 del 1978. Precedentemente l'erogazione dei servizi sanitari si basava sulle cosiddette "mutue" ovvero un'associazione di professionisti che in cambio di una retta periodica garantivano il sostegno economico nel caso di infermità al lavoratore o alla sua famiglia. Tale sistema era una specie di assicurazione sanitaria ma durò per poco tempo poiché le mutue non riuscivano a garantire sempre e comunque il pagamento delle rette di degenza. In breve tempo queste associazioni affrontarono una grave crisi finanziaria che di riflesso si abbatté sugli ospedali e di conseguenza sugli assistiti. Lo Stato decise tramite il Decreto Legge n.386 del 17 agosto 1974 ("Norme per l'estinzione dei debiti degli enti mutualistici nei confronti degli enti mutualistici nei confronti degli enti ospedalieri") di accollarsi tutti i debiti delle mutue; nei successivi tre anni, sciolte le amministrazioni delle mutue non ancora fallite, lo Stato si appresta ad amministrare la sanità del territorio italiano al fine di garantire un servizio sanitario a tutti i cittadini.

La nascita e lo sviluppo del Sistema socio-sanitario Regionale del Veneto sono stati caratterizzati da una continua produzione normativa, nella quale si possono essere riscontrati alcuni passaggi fondamentali. L'introduzione delle Regioni a Statuto Ordinario, avvenuta tramite la Legge n. 281 del 16 maggio 1970, è sicuramente tra questi e viene individuato come l'origine di una sempre più crescente responsabilizzazione in ambito sanitario della Regione, sulla base di questa legge viene approvato lo Statuto della Regione del Veneto tramite la Legge Regionale n. 340 del 22 maggio 1971. All'interno di essa, all'articolo 4, si può leggere: "(...) la Regione veneta esercita i propri poteri: (...) - per garantire a tutti i cittadini i servizi sociali, con particolare riguardo all'abitazione, alla scuola, alla tutela della salute, ai trasporti, alle attrezzature sportive (...)".

C'è quindi un approccio che è finalizzato all'integrazione tra il sanitario e il sociale ed è visibile fin dal principio. Negli anni successivi questo orientamento viene poi portato avanti e si concretizza sempre di più al momento dell'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, ovvero a seguito dell'entrata in vigore della Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 denominata "Istituzione del servizio sanitario nazionale". Dall'entrata in vigore di questa legge e fino alla riforma avvenuta nel 1992, le Usl (Unità sanitarie locali) erano progettate come strutture operative dei Comuni, singoli o associati, o delle Comunità Montane. Il territorio coincideva quindi con quello comunale, mentre nelle grandi città con le zone del decentramento urbano; la dimensione media era ridotta e fatta per favorire l'interazione con il popolo: le Usl, fino al 1985, erano governate da un'Assemblea, la quale era composta da un comitato di gestione e da consiglieri comunali del territorio (eletti).

L'anno della svolta è il 1992 con la legge 421 "Delega al governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale". È un provvedimento importante poiché al suo interno sono contenuti i principi informatori della riforma dello Stato. Questa riforma si è resa necessaria a causa delle problematiche emerse dalla legge del 1978 dovute a costi crescenti del SSN, difficoltà nella gestione di quest'ultimi causata anche dalla separazione di poteri tra chi effettuava la spesa e chi la finanziava (Regioni e Stato), assenza di standard minimi di assistenza e proliferazione dell'offerta sanitaria anche in termini numerici di presidi^[13].

Il Decreto Legislativo n.502 del 30 dicembre 1992 e le seguenti modifiche ed integrazioni apportate dal Decreto Legislativo del 17 dicembre 1993, n. 517, riorganizza il SSN operando sulla natura delle Usl, sui poteri e sulle responsabilità in capo alle Regioni. Da questo istante ha inizio un processo di aggregazione e accorpamento, il Decreto Legislativo n.571 del 1992 stabilisce che le Asl (Aziende Sanitarie Locali), nate dalle vecchie Usl, debbano coincidere con il territorio della Provincia come risultato della loro conversione in Aziende e quindi con riconoscimento di personalità giuridica pubblica e di Enti strumentali della Regione. L'accorpamento iniziato nel 1992 porta nel 1995 ad avere una diminuzione significativa del numero di Asl all'interno del territorio nazionale con la soppressione di 431 unità; questo processo lo subisce anche la Regione Veneto che passa dalle avere 36 Aziende iniziali ad averne 22^[5].

La forma definitiva viene raggiunta dal SSN a seguito del riordino determinato dai Decreti Legislativi n. 502/1992 e n.517/1993, essi sono portatori dei principi di regionalizzazione ed aziendalizzazione e la loro applicazione conduce all'approvazione, nel 1994, di due

fondamentali Leggi Regionali: la Legge Regionale 14 settembre 1994, n. 55, la quale determina gli strumenti e le modalità della programmazione, le modalità e le fonti di finanziamento delle Aziende Sanitarie, ed il loro assetto contabile, gestionale e di controllo e la Legge Regionale del 14 settembre 1994, n. 56 che definisce l'impianto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. All'interno di quest'ultima si dichiara che la Regione si impegna a raggiungere l'obiettivo dell'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e appoggia la delega alla direzione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità Locali Socio-Sanitarie, prevedendo anche opportuni finanziamenti, attraverso le procedure dettate dal Piano Regionale socio-sanitario.

Alla fine di questa fase costitutiva, vengono intrapresi dei provvedimenti a livello nazionale che hanno poi avuto effetto su tutte le Regioni. Il primo provvedimento consiste nell'entrata in vigore, a partire dal 1995, di un sistema di classificazione e remunerazione delle prestazioni che si basa sui Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG, Diagnosis Related Group). In questo tipo di sistema ogni ricovero viene associato al rispettivo DRG sulla base di un'articolata classificazione, quindi le prestazioni sanitarie sono remunerate in corrispondenza delle tariffe determinate a livello regionale. Questi criteri vengono utilizzati dalla Regione Veneto sin dalla loro prima applicazione, avvenuta nel 1993, e hanno favorito l'efficienza e la razionalizzazione delle risorse.

L'approvazione del Decreto Legislativo n. 229 19 giugno 1999, riguardante le "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della Legge del 30 novembre 1998, n. 419", rappresenta l'inizio del terzo ciclo di riforme che hanno interessato la Sanità del nostro Paese, i principi di regionalizzazione e aziendalizzazione vengono ulteriormente consolidati. Il Veneto, sotto questo punto di vista, si è spesso reso promotore di questi due principi e ha spesso preceduto una buona parte delle altre Regioni italiane.

Con il Decreto Legislativo n. 56 del 18 febbraio 2000, si delinea un primo tentativo di federalismo fiscale, mentre con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002, vengono fornite le modalità per definire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale. I provvedimenti applicativi, espressi con precise Delibere della Giunta Regionale del Veneto, si collocano a completamento di un Sistema socio-sanitario, la cui qualità è riconosciuta in territorio nazionale così come in quello internazionale; non bisogna peraltro dimenticare la trasformazione sul piano istituzionale di cui è stato oggetto il nostro Paese

avvenuta con la Legge Costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001, e la conseguente riforma del Titolo V della Costituzione^[8].

Conclusasi la prima fase di aziendalizzazione, che comprende gli anni dal 1995 al 2001, comincia un nuovo periodo di ingegneria istituzionale; il processo di accorpamento continua, quindi la diminuzione del numero di Asl, e, di conseguenza, si modificano le dimensioni dei bacini di utenza anche con cambiamenti significativi: nel 2005 in media, a livello nazionale, i bacini di utenza vedono la loro dimensione quasi quadruplicata rispetto al 1992 (da 86.962 abitanti a 321.601). Nel caso del Veneto l'aumento è piuttosto modesto rispetto ad altre Regioni (come ad esempio Marche, Molise e Lombardia) tuttavia importante: da 127.150 abitanti in media per Ulss passa a 221.090, quindi quasi il doppio^[5].

Un passo decisivo nella direzione della promozione della qualità ed efficienza gestionale, secondo i principi introdotti dal D. Lgs. 502/1992, è stato quello operato con la Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002, che individua i requisiti indispensabili per l'autorizzazione all'esercizio e all'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie.

La divisione dei compiti tra i diversi livelli di governo e l'intensificarsi dei rapporti Stato-Regioni con il perfezionamento delle procedure di controllo e verifica sono gli elementi che hanno contraddistinto il periodo successivo. Una svolta significativa è rappresentata dall'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che assegna alle Regioni obblighi impellenti finalizzati a garantire l'equilibrio economico finanziario, mantenendo nel contempo i livelli essenziali di assistenza.

Altri interventi normativi importanti sono stati:

- la pubblicazione del documento denominato "Un New Deal della Salute" il 27 giugno 2006 dal Ministero della Salute dove si definisce un quadro dei principi fondamentali;
- la stipula del "Patto per la Salute" tra Governo e Regioni il 28 settembre 2006, il quale aveva l'intento di conservare e migliorare la qualità e l'efficacia dei servizi sanitari e riportare al tempo stesso la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica;
- la Legge n. 42 del 5 maggio 2009: "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione";
- la stipula del nuovo "Patto per la Salute" tra il Governo e le Regioni il 29 ottobre 2009, che impegna queste ultime ad assicurare l'equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza e appropriatezza^[8].

Su queste basi ed in relazione ai conseguenti obblighi, la Regione del Veneto ha incentrato la propria politica su un più efficace ed efficiente controllo della spesa, a fronte del mantenimento e del miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni offerte ai cittadini. Il percorso tracciato prevede un incremento della responsabilità attribuita alle Aziende Sanitarie e, tramite la definizione di costi standard, una maggiore equità distributiva dei beni disponibili. Sotto questo punto di vista sono stati potenziati i servizi di day hospital e di day surgery, la gestione centralizzata degli acquisti attraverso il Cras (Centro Regionale Acquisti per la Sanità), l'introduzione di organismi regionali di valutazione degli investimenti, di nuovi farmaci e nuove tecnologie biomediche basati su meccanismi di Health Technology Assessment (Hta) ed anche lo sviluppo del sistema informativo socio-sanitario e il perfezionamento dei controlli sui bilanci^[13].

L'importanza che viene data all'integrazione socio-sanitaria, la quale rappresenta il segno caratteristico del sistema sanitario veneto, è rilevabile non solo dalla struttura delle Aulss (a cui si attribuisce un ruolo centrale nella programmazione sanitaria generale, anche ospedaliera, prevedendo la costituzione di due sole aziende ospedaliere nei centri universitari di Padova e Verona), ma anche dalla previsione di un Direttore dei servizi sociali in ogni Aulss e di un Segretario (Direttore generale dopo l'ultimo Pssr 2012-2016) alla sanità e sociale a livello regionale. Questi valori sono rafforzati dalle scelte successive, che prevedono il potenziamento della funzione del distretto socio-sanitario e l'unicità dello strumento programmatico per determinare strategie comuni di risposta ai bisogni sociali e socio-sanitari. Coerentemente con questo approccio, la Regione Veneto si è gradualmente orientata ad un potenziamento ed una riorganizzazione delle cure primarie (si pensi, tenendo presente le innovazioni più recenti volte all'obiettivo della continuità assistenziale di tipo funzionale e temporale, al modello delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria e al modello organizzativo e funzionale di distretto costituito da Aggregazioni Funzionali Territoriali) precedendo spesso molte degli orientamenti previsti nelle normative e nella programmazione nazionale^[8].

Con lo scopo di migliorare la qualità dei servizi offerti dalla pubblica amministrazione, il D.Lgs. n. 150/2009 dispone che ogni azienda o ente pubblico è tenuto a valutare la rispettiva performance in relazione all'amministrazione nel suo complesso, alle aree di responsabilità nelle quali si articola e ai singoli dipendenti, sempre cercando la valorizzazione del merito e la trasparenza dei risultati ottenuti in rapporto con le risorse adoperate. Uno degli strumenti che il D.Lgs. n. 150/2009 mette a disposizione per questo scopo è il Piano delle performance, un documento di pianificazione triennale, usato in conformità con la programmazione finanziaria

e di bilancio, il quale individua i risultati che si vogliono ottenere, sia strategici che operativi, e gli indicatori per la valutazione della performance dell'amministrazione, ed anche le modalità di assegnazione degli obiettivi del personale dirigenziale. In pratica il decreto viene applicato in modo diretto agli Enti dello Stato, invece, per quanto concerne gli Enti Locali e le Regioni (quindi amministrazioni del Servizio Sanitario comprese) hanno la possibilità di adattare propri ordinamenti ai principi del decreto. Per quanto riguarda la Regione Veneto con la L.R. n. 9/2011, modificata dalla L.R. n. 22/2011, ha stabilito che il giudizio sulla performance del personale delle aziende del Servizio Sanitario Regionale aderisca ai principi dei Titoli II e III del D.Lgs. n. 150/2009.

Per quanto detto fino qui si può constatare che ci sono alcuni aspetti caratteristici del Sistema socio-sanitario della Regione Veneto e possono essere così riassunti:

- il raggiungimento del più alto livello di salute possibile come un risultato sociale estremamente importante, il cui compimento presuppone la partecipazione di una pluralità di attori;
- una concezione della salute vista come condizione di totale benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente come assenza di malattia o infermità;
- la prevalenza di strutture pubbliche a fronte della capacità di stabilire virtuosi rapporti di collaborazione con i privati attivi nei vari campi del sanitario, socio-sanitario e del sociale;
- una struttura organizzativa che si contraddistingue dalle altre Regioni nella macrostruttura, così come nel campo aziendale, con la presenza di un Direttore dei Servizi Sociali in ogni Azienda ULSS (mentre sul territorio nazionale normalmente si hanno un Direttore Generale, un Direttore Sanitario ed un Direttore Amministrativo);
- una conseguente capacità di risposta alle necessità dei cittadini non limitata ai soli problemi di tipo esclusivamente sanitario ed un rapporto costante con gli Enti locali e con gli altri soggetti che si relazionano con il Sistema^[13].

Dal punto di vista strutturale la Regione Veneto presenta un modello di governance di tipo accentrato ovvero molto dotato di risorse, strumenti e capacità e fondato su alcuni principi essenziali:

- la logica di sistema;
- la crescita controllata (tramite la programmazione strategica centrale e attuativa locale, la procedura di budgeting e di verifica dei risultati);

- la collaborazione tra tutte le componenti, pubbliche e private;
- la responsabilizzazione finanziaria e fiscale in relazione alle scelte operate;
- la sussidiarietà verticale e orizzontale.

La Regione appare come una holding operativa che crea relazioni con le Asl basate sull'ascolto ma esclude l'opportunità di negoziare sugli obiettivi. È inoltre indirizzata ad un modello di organizzazione dei servizi sanitari di tipo "integrato" con poche Aziende Ospedaliere, le quali vengono controllate centralmente senza la facoltà di delegare la contrattazione alle Asl. Il modello di welfare della Regione Veneto può essere classificato come "welfare mix integrato e universalistico", questa forma presenta un'offerta vasta ed estesa indirizzata anche allo sviluppo di servizi territoriali, grazie al mix di attori pubblici e privati che svolgono un ruolo primario e contribuiscono ad una notevole coesione sociale^[5].

La forte integrazione socio-sanitaria e il ruolo principale dato alle cure primarie sul territorio appare nella spesa per l'assistenza territoriale, alla quale viene assegnato un peso relativamente maggiore rispetto alla media nazionale (54,1% contro il 48,8%). La spesa per l'assistenza ospedaliera pesa invece per il 42,5% (sotto la media nazionale pari al 47%), invece quella per la prevenzione per il 3,2% (anch'essa sotto la media nazionale pari al 4,2%).

Nel 2011 il Veneto ha impiegato complessivamente circa 9 miliardi di euro per il Sssr (cifra che corrisponde a poco meno della spesa sostenuta dal Ssn italiano) piazzandosi al quarto posto tra le regioni italiane dietro solo a Lombardia, Lazio e Campania. La spesa sanitaria corrente, circa 8,7 miliardi di euro nel 2011, rappresenta più dell'87% della spesa totale corrente.

Dal punto di vista dei livelli assistenziali di assistenza, il Sistema socio sanitario regionale del Veneto si dimostra pienamente adempiente, dato che viene rilevato dal Rapporto sulla verifica adempimenti Lea dell'anno 2011 prodotto dal Ministero della Salute sulla base del monitoraggio fatto dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Lea sulle 16 Regioni che hanno accesso al Fondo sanitario nazionale (ovvero tutte quelle a statuto ordinario più la Sicilia). Il Veneto evidenziava un elevato livello di performance rispetto alla griglia di indicatori utilizzati dal Ministero della Salute per la verifica dell'effettiva erogazione dei Lea, con alcune criticità, nel 2010, solo per tre dei ventuno indicatori utilizzati: un'elevata degenza media standardizzata per la complessità del case-mix dei ricoveri ospedalieri, una spesa pubblica pro capite per le attività di prevenzione sotto la media nazionale e una percentuale bassa di alcuni interventi di prevenzione della sanità animale. Inoltre, il Veneto è stato inserito tra le tre Regioni benchmark per la definizione dei costi e dei

fabbisogni standard usati per la ripartizione del Fondo sanitario nazionale nel 2013, in base a quanto stabilito dal D.lgs n. 6812 del 6 maggio 2011. Le tre Regioni prescelte, cioè Umbria, Emilia-Romagna e Veneto, sono state scelte sulla base di un indicatore della qualità e dell'efficienza (Iqe), che prende in considerazione il requisito fondamentale dell'erogazione dei Lea nel rispetto dell'equilibrio economico, oltre che di una serie di indicatori di appropriatezza e di economicità. Considerando quasi tutte le più importanti analisi di confronto delle performance dei sistemi sanitari regionali, queste concordano sul fatto che il Sssr veneto ha conseguito risultati di buon livello.

Per quanto concerne la spesa farmaceutica territoriale il Veneto si colloca tra le regioni più virtuose, con un valore pari al 9,36% del finanziamento complessivo ordinario del SSN, secondo solo alla Provincia Autonoma di Bolzano (8,79%), a fronte di una spesa farmaceutica media a livello nazionale dell'11,2% e di nove regioni che registrano percentuali superiori all'11,35% (in ordine decrescente di incidenza: Sardegna, Puglia, Calabria, Campania, Abruzzo, Lazio, Sicilia, Marche e Basilicata, che attestano percentuali che vanno dal 14,14% all'11,45%).

Per quanto riguarda invece la spesa farmaceutica ospedaliera la situazione è abbastanza critica poiché tutte le regioni, e quindi anche il dato complessivo nazionale, non riescono a raggiungere l'obiettivo prefissato del 3,5% del finanziamento complessivo ordinario del SSN. Ciononostante il Veneto, anche sotto questo aspetto, si piazza fra le regioni aventi i risultati migliori: nel 2016 registra un'incidenza del 4,5% quando la media a livello nazionale è del 5% con valori di minimo/massimo rispettivamente del 4,1% (Provincia Autonoma di Trento) e del 6,4% (Toscana).

Facendo riferimento invece alla spesa farmaceutica complessiva del periodo che va da gennaio a dicembre 2016, il Veneto consegue l'obiettivo dei tetti cumulati (14,85%), registrando un 13,89% che la colloca come quarta regione più virtuosa immediatamente dopo Val d'Aosta, e le due Province Autonome di Trento e Bolzano; nello stesso periodo la media nazionale risulta essere pari al 16,13% con valori di minimo/massimo rispettivamente del 13,55% (Provincia Autonoma di Bolzano) e del 19,58% (Sardegna).

Nel complesso possiamo dire che la regione Veneto risulta essere una delle più virtuose a livello nazionale per quanto concerne il governo della spesa farmaceutica, anche se tuttavia non consegue ancora l'obiettivo di incidenza nella farmaceutica ospedaliera, cosa che però è comune a tutte le Regioni Italiane.^[2]

La situazione generale dei risultati di esercizio a fine 2016 fa emergere una perdita, a livello di aggregato regionale, pari a euro -216.170.561,00, derivante dalla somma algebrica degli utili (3.680.753) prodotti da 12 aziende del SSR (sanitarie ex n. 2, 3, 5, 6, 7, 8, 13, 15, 19, 22, Azienda ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e Istituto Oncologico Veneto) e delle

perdite registrate dalle altre 12 aziende (1, 4, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21 e Azienda Ospedaliera di Padova) successivamente coperte grazie all'utile e ad altre risorse della GSA. Nonostante la situazione finanziaria generale a livello di regione non preoccupa più di tanto, tale modo di agire, se ripetuto negli anni, di fatto non sostiene una corretta programmazione delle risorse di bilancio, rendendo le stime iniziali difficilmente realistiche e le correlate responsabilità manageriali difficilmente valutabili. Malgrado esista un oggettivo disallineamento temporale delle fasi della programmazione tra i vari soggetti in campo, che in questo caso sono rappresentati da Regione, aziende sanitarie e Tavolo adempimenti, che in qualche modo giustifica il metodo di copertura ad esercizio concluso dei disavanzi aziendali, la carenza di puntuale programmazione necessita che tale aspetto sia fortemente sorvegliato da parte della Regione.^[2]

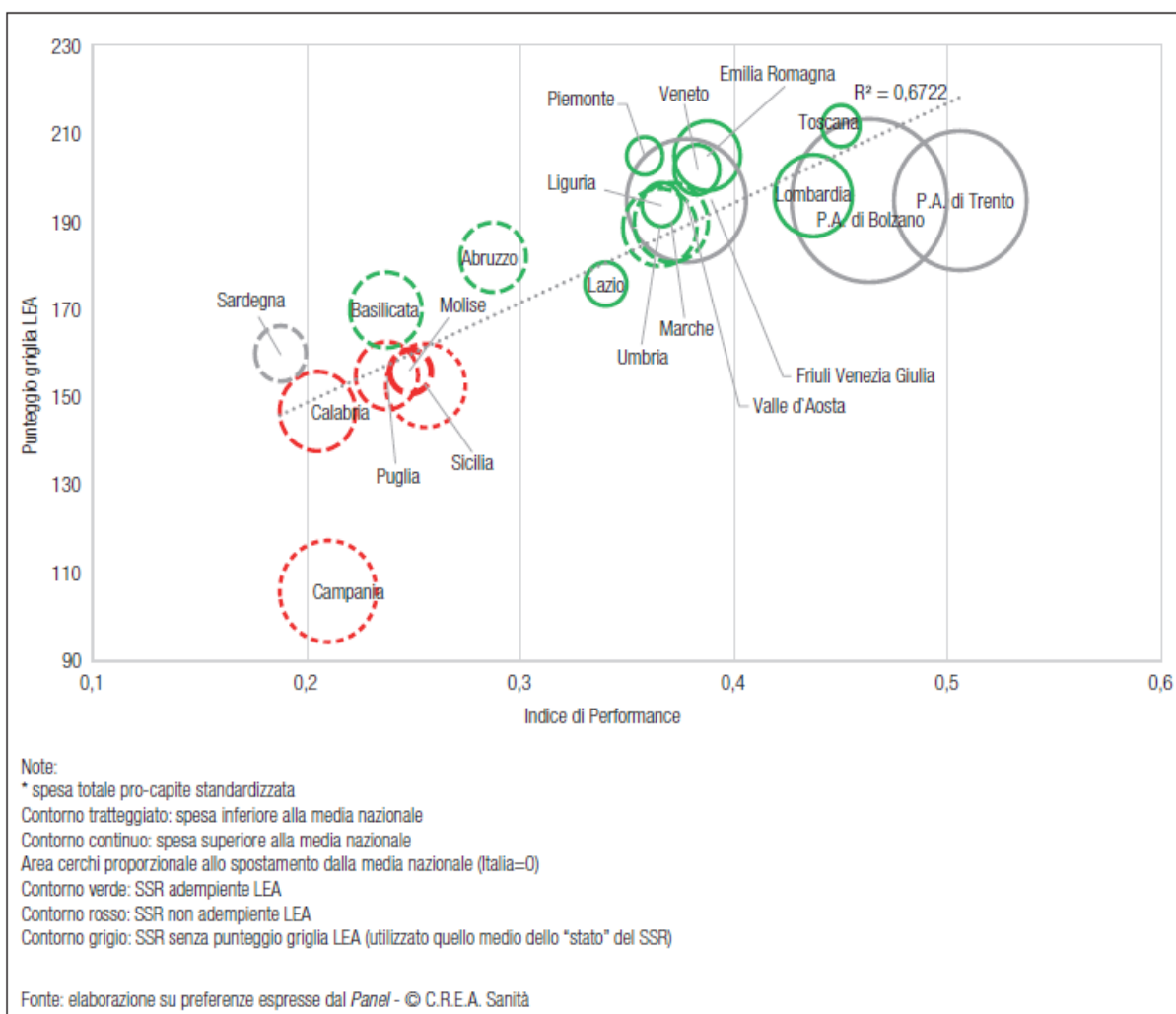


Fig. 1.1 “Performance, Griglia LEA e spesa sanitaria*. Anno 2016”^[15]

In questo grafico presente in Figura 1.1 vengono incrociati il livello di performance stimato con i punteggi della Griglia LEA del Ministero della Salute e con la spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata. Come si può vedere le Regioni con una spesa sanitaria totale inferiore alla media nazionale (rappresentate nel grafico tramite cerchio tratteggiato) presentano un punteggio di Griglia LEA al di sotto della sufficienza e risultano dunque inadempienti (colore rosso). Le Regioni con una spesa sanitaria totale maggiore (rappresentate nel grafico da un cerchio continuo) evidenziano punteggi di Griglia LEA più alti (colore verde), tra queste ultime è presente il Veneto che si dimostra una delle Regioni italiane migliori.

Dal grafico emerge che per una efficace tutela della salute, in linea con le aspettative della società italiana, non basta più raggiungere il livello di adempimento previsto per i LEA, infatti le realtà che conseguono i livelli maggiori di tutela della salute in generale erogano dei livelli di servizio superiori ai valori normali di riferimento.^[15]

Per concludere possiamo dire che il Sssr Veneto è piuttosto efficiente e riesce a tenere sotto controllo in maniera abbastanza efficace la dinamica della spesa sanitaria pubblica, riuscendo a garantire un ottimo grado di accessibilità alle cure da parte dei cittadini. Questi risultati sono merito delle politiche della Regione che si sono focalizzate sul governo della domanda di servizi (bassa ospedalizzazione, prescrizioni farmaceutiche, appropriatezza dei regimi di ricovero e ambulatoriali) e dell'offerta (budget alle strutture accreditate, adeguamenti tariffari controllati, vincoli al turnover del personale, tetti di attività). Di recente, principalmente a causa della spending review, si è cominciato ad utilizzare una politica che applica una particolare attenzione anche sui costi che non fanno parte dell'ambito sanitario, tuttavia anche questa risulta legata alla sola dimensione del prezzo.

Capitolo 2 – I recenti interventi di riforma: dal Piano socio-sanitario 2012 – 2016 alla Legge Regionale 19/2016

Il Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 del Veneto vede come parte principale delle politiche socio-sanitarie regionali l'integrazione socio-sanitaria e quella tra ospedale e territorio con il "riconoscimento della persona nella sua globalità e in rapporto con i propri contesti di vita". Il PSSR pur confermando le linee di orientamento della precedente programmazione, presenta interessanti elementi di novità tra cui:

- mette al centro la persona, nella considerazione che la salute è un patrimonio della comunità, che le decisioni della politica hanno il compito di favorire la tutela della salute, che il dovere civico alla salute è basato su doveri di solidarietà sociale, che se per ciascun cittadino l'impegno a proteggere la propria salute è un dovere civico, per gli operatori sanitari è pure un dovere etico-professionale, che l'umanizzazione deve essere un obbligo specifico del sistema-salute;
- identifica nel Territorio la propria scelta operativa strategica;
- ristruttura la rete dell'assistenza ospedaliera e territoriale sulla base anche delle nozioni epidemiologiche e delle variazioni nei profili di bisogno;
- dà valore di riferimento peculiare alle migliori pratiche, stimandone la trasferibilità in una logica di sistema;
- attribuisce importanza al rapporto con gli Enti locali e con le Comunità;
- determina gli obiettivi di salute e le modalità di erogazione dei LEA;
- avvia funzioni di monitoraggio e di governo del sistema;
- semplifica e migliora gli adempimenti e le procedure;
- risponde a criteri di sostenibilità economica, identificando costi e risorse occorrenti^[8].

Il sistema sanitario Veneto, inteso come insieme delle Aziende Sanitarie e della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA), risulta complessivamente in equilibrio economico e finanziario

grazie alla quota di guadagno della GSA, utilizzata al momento di assestamento definitivo del bilancio a titolo di ripiano perdite. Con il decreto legislativo n.118 del 2011 la regione Veneto ha stabilito di destinare una parte del finanziamento sanitario ad un apposito centro di responsabilità (GSA) che rientra poi nel bilancio consolidato finale. Nel 2016 il SSR ha ottenuto un risultato economico positivo pari a 17,4 milioni di euro. Allo scopo delle verifiche del Ministero dell'Economia e delle Finanze non vengono considerati i risultati positivi di 12 aziende per una cifra complessiva di 3,6 milioni di euro, nonostante questo il risultato rimane comunque positivo e si attesta attorno ai 13,7 milioni. Al 31/12/2016 il bilancio consolidato delle aziende del sistema sanitario Veneto, esclusa la GSA, si chiude con una perdita complessiva di 216,1 milioni di Euro, a fronte dei 240,9 milioni di Euro del 2015. A chiudere il bilancio del 2016 in positivo sono state dieci aziende ULSS, l'Azienda Universitaria Integrata di Verona e lo IOV, mentre le rimanenti aziende hanno chiuso il loro bilancio con un utile negativo.

L'obiettivo della regione è stato quello di conseguire un risultato economico prossimo al pareggio per la totalità delle aziende del sistema sanitario, impegnandosi nel contempo a garantire la medesima qualità dei Livelli di Assistenza erogati attualmente alla popolazione.

Le indagini eseguite sul bilancio consolidato delle aziende sanitarie venete, al netto della GSA, rispecchiano la sempre crescente problematica capacità nel sostenere l'equilibrio economico, dovuta agli ormai risaputi fattori di contesto. L'invecchiamento della popolazione assistita, l'aumento della cronicità e della fragilità, l'incremento delle disparità sociali ed economiche, i farmaci ad alto costo e l'innovazione tecnologica sono tutte componenti che influiscono sul livello di costo dei servizi da erogare ai cittadini e contrastano con la simultanea diminuzione delle risorse disponibili. Risulta dunque evidente che l'impegno mirato ad attivare le leve dell'efficienza e dell'economicità è una decisione in realtà vincolata per le aziende del sistema. Nel periodo 2012-2016 le quote in conto di esercizio versate alle aziende sono salite da 8,3 a 8,5 miliardi di euro, ma nel contempo, come previsto dall'art.29 comma 1 lett. b) del d. lgs 118/2011, è salito anche l'autofinanziamento per gli investimenti (voce del conto economico passata da 86 milioni nel 2012 a 192,8 milioni di euro nel 2016). Per quanto riguarda i costi della produzione, inclusa l'IRAP, essi si sono mantenuti essenzialmente immutati passando da 9,2 miliardi a 9,3 miliardi di euro. Lo schema che segue ripropone sommariamente la dinamica delle principali voci di costo aziendali (al netto della mobilità e delle poste) nel periodo 2012-2016. Tra i costi della produzione, si sottolineano le seguenti dinamiche:

- l'acquisto di beni (sanitari e non sanitari) è aumentato del 2,12% nel periodo 2015-2016 trainato dall'effetto dei prodotti farmaceutici ed emoderivati (+6,5 mln), dai dispositivi medici (+16,2 mln) e dall'acquisto di strumenti per la profilassi (+8,3 mln), esso rappresenta il 15,25 % dei costi complessivi della produzione;
- l'acquisto di servizi sanitari rileva un calo dello 0,38% e rappresenta il 39,98% dei costi complessivi della produzione. Esaminando la suddivisione interna di questo aggregato di costo, le due voci che risaltano maggiormente sono quella relativa all'acquisto di prestazioni socio-sanitarie a rilevanza sanitaria e quella relativa all'acquisto di servizi sanitari per assistenza ospedaliera ed hanno riscontrato rispettivamente un aumento dello 0,99% e dello 0,24 % tra il 2015 ed il 2016. Nello stesso periodo i costi per l'assistenza farmaceutica hanno registrato una contrazione del 2,55%, in continua diminuzione anche guardando i dati che si riferiscono al quadriennio (-12,5%);
- I costi relativi al personale pesano pressappoco per un terzo del totale dei costi della produzione ed è rimasto pressoché invariato durante gli ultimi 2 anni (+0,06%);
- gli accantonamenti di esercizio, che gravano per circa l'1,48% sui costi complessivi della produzione, hanno individuato un forte aumento pari al 46,92% nel corso dell'ultimo esercizio, passando da un valore di 92,2 milioni ad un valore di 135,46 milioni. Tale oscillazione è dovuta soprattutto agli accantonamenti per copertura diretta dei rischi (autoassicurazione) che nella totalità delle aziende pesano circa per 67 milioni. Il recente meccanismo dell'autoassicurazione considera infatti che siano le aziende a dover risarcire il danno in caso di importi fino a 500.000 euro;
- Gli ammortamenti hanno rilevato un calo dello 0,33% sulla scia dell'incessante stretta agli investimenti del periodo 2012-2016, che si è poi in parte alleggerita solo nel corso dell'ultimo biennio^[13].

Dal 2012 il Veneto è inserito nel Network chiamato "Sistema di valutazione della performance dei sistemi sanitari regionali" di cui fanno parte anche Lombardia, Friuli Venezia Giulia, le Province autonome di Trento e Bolzano, Toscana, Emilia, Liguria, Marche, Umbria, Puglia e Calabria. Tale programma, che ha come scopo lo studio e la valutazione dei singoli sistemi sanitari regionali, è gestito dal laboratorio MeS (Management in Sanità) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa e si fonda su alcuni elementi essenziali fra cui: la partecipazione volontaria, la valutazione e la comparazione che hanno un ruolo essenziale nel progetto, la condivisione e il dialogo tra le Regioni dei principali obiettivi strategici, mediante selezione degli indicatori maggiormente opportuni. Il sistema si distingue per la

multidimensionalità delle analisi, allo stato attuale può contare sull'analisi di 130 indicatori di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione; questi indicatori occupano sei fondamentali dimensioni: stato di salute dei cittadini, attitudine di perseguimento delle strategie regionali, valutazione sociosanitaria, valutazione esterna, valutazione interna e valutazione economico finanziaria. I risultati degli indicatori appartenenti a ogni dimensione sono sinteticamente riprodotti sotto forma di grafico a bersaglio composto da 5 zone concentriche colorate che, dall'esterno all'interno, sono: la zona rossa che individua una prestazione molto scarsa, arancione se essa risulta al di sotto della media, gialla per le prestazioni che sono all'interno media, infine verde chiaro per le prestazioni valutate buone e verde scuro per quelle ottime. Il grafico qui sotto si riferisce alla rappresentazione del Bersaglio relativo ai dati del Veneto del 2016. Come si può vedere, buona parte degli indicatori occupano la fascia centrale del Bersaglio, il che significa che le performance risultano buone oppure molto buone e che quindi collocano la Sanità Veneta fra le migliori performance regionali.

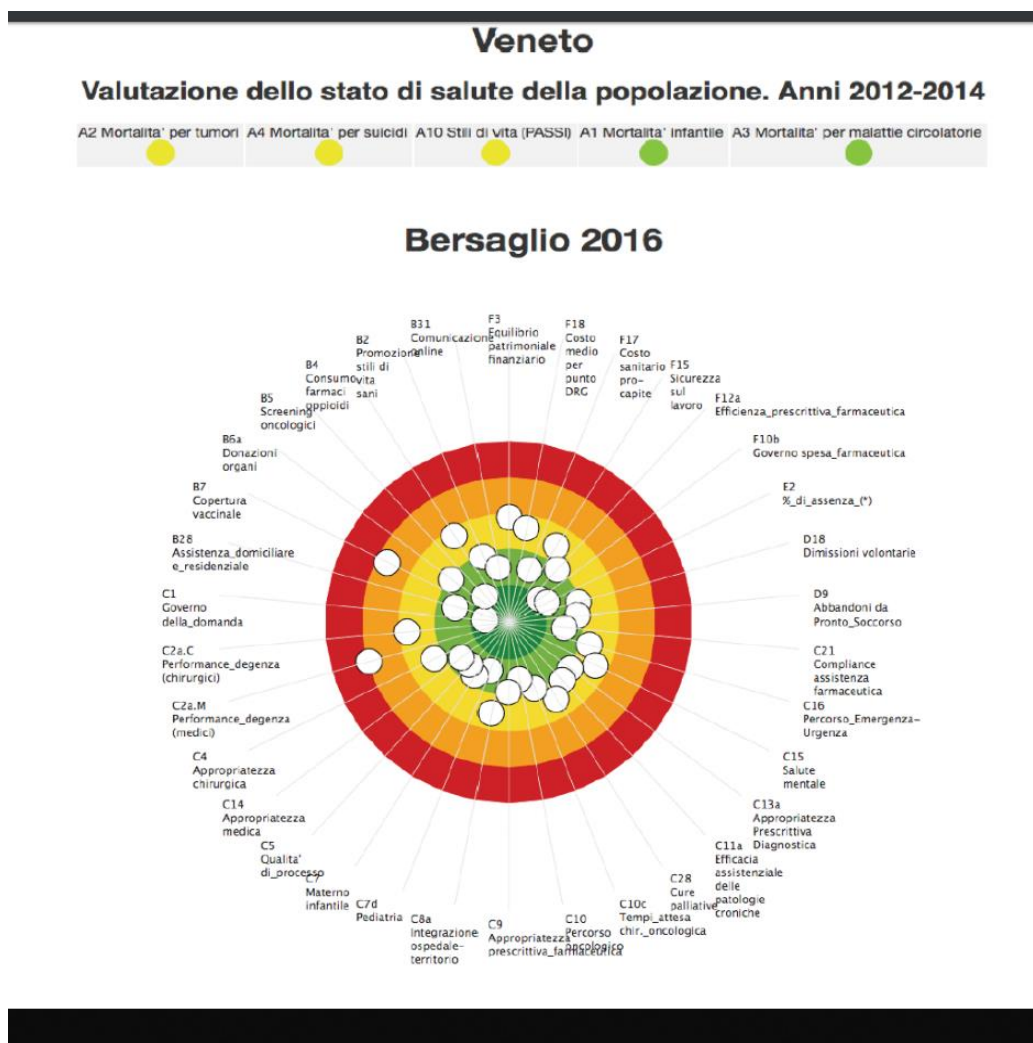


Fig. 2.1 “Grafico Bersaglio2016”.^[13]

Nell'anno 2016 la Regione Veneto ha ottenuto dei risultati eccellenti in termini di:

- Tasso di ospedalizzazione DRG LEA (altamente inappropriati)
- Tasso di ospedalizzazione (ricoveri acuti in regime ordinario e ricoveri diurni medici)
- Tasso di ospedalizzazione pediatrica (totale e per patologie come l'asma)
- Percorso Oncologico (tempi di attesa per chirurgia mammaria, colon-retto, ginecologica)
- Appropriately chirurgica e medica
- Estensione ed adesione degli screening
- Efficacia assistenziale patologie croniche come lo scompenso cardiaco
- Gestione del percorso emergenza-urgenza
- Promozione degli stili di vita

Nella fascia più alta rispetto alla media o in quella medio alta delle performance del Network sono presenti altri indicatori che considerano le cure primarie, l'equilibrio economico-finanziario, la conformità e l'appropriatezza farmaceutica ed anche la salute mentale^[13].

Poco tempo prima dalla scadenza del PSSR si comincia a profilare una nuova riforma del sistema socio-sanitario regionale. Verso la fine del giugno del 2015 viene consegnato al Consiglio Regionale un Progetto di Legge, convertito poi nella Legge Regionale n.19 del 25 ottobre 2016, "Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta" denominata "Azienda per il governo della sanità della Regione Veneto – Azienda Zero. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss"

Con il Progetto di Legge n.23 del 2015 viene impostato un nuovo sistema di governance per il sistema socio-sanitario regionale e un ampio riassetto del territorio.

Le novità più importanti previste sono:

- l'accorpamento delle precedenti Aziende Ulss: nella prima stesura del Pdl n.23 era preventivata la diminuzione del numero delle Aulss da 21 a 7, ognuna delle quali si sarebbe dovuta riferire ad un singolo territorio delle attuali province;
- la formazione di un nuovo ente strumentale regionale chiamato "Azienda Zero" nel quale vengono concentrate la programmazione, l'amministrazione e la gestione delle funzioni regionali.

La costituzione dell'Azienda Zero ha come fine ultimo quello di accorpare e concentrare nelle mani di un solo soggetto le funzioni di programmazione, di attuazione sanitaria e socio-

sanitaria, nonché di organizzazione e governance del Sistema Sanitario Regionale, riconducendo ad esso le operazioni di gestione tecnico-amministrativa sul territorio regionale. La centralizzazione delle AULSS ha come obiettivo quello di consentire alla regione di risparmiare e di velocizzare le procedure, permettendo così alle Aziende di essere libere di occuparsi dell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi ai cittadini nel miglior modo possibile.

Per riuscire a capire l'impatto che la riforma ha sul territorio è si possono ripercorrere le tappe più significative della modifica del modello assistenziale iniziata nel 2011. La Regione Veneto, tramite le DGR n.41 e n.1666 del 2011, ha sollecitato le Aziende ULSS per la messa a punto di Piani Aziendali con il fine di potenziare l'assistenza primaria che dovevano servire anche come base conoscitiva per la riorganizzazione in vista della realizzazione del Distretto Unico. Con la DGR n. 975 del 2013, la Regione invece pone le linee guida per l'organizzazione del Distretto Socio-Sanitario. Per quanto concerne la dimensione ottimale, la Regione Veneto precisa che per garantire una maggiore uniformità di offerta agli assistiti e, contemporaneamente, perseguire gli obiettivi di efficienza del SSSR, il Distretto socio-sanitario deve adeguarsi alla soglia minima dei 100.000 residente; indipendentemente dalla dimensione distrettuale va mantenuta una organizzazione capillare degli interventi e dei servizi sul territorio in modo da favorire una vicinanza maggiore ai bisogni della popolazione. Attualmente si predilige la dimensione dell'uniformità gestionale ed organizzativa, infatti una buona parte delle ULSS è indirizzata verso la costituzione di un Distretto unico, questo indipendentemente dalla grandezza del bacino di riferimento.

Grazie a questo percorso di analisi e reingegnerizzazione, nel 2014 si è dato il via alla graduale riduzione dei Distretti socio-sanitari che passano dai 50 Distretti del 2010 ai 30 del 2014 per giungere poi nel 2016 con la Legge Regionale n.19, che stabilisce il nuovo assetto organizzativo delle Aziende ULSS le quali da 21 passano a 9, come illustrato nella seguente tabella:

NUOVE AULSS		"EX" AULSS
1	DOLOMITI	1 Belluno
		2 Feltre
2	MARCA TREVIGIANA	8 Asolo
		7 Pieve di Soligo
		9 Treviso
3	SERENISSIMA	14 Chioggia
		13 Mirano
		12 Veneziana
4	VENETO ORIENTALE	10 Veneto Orientale
5	POLESANA	19 Adria
		18 Rovigo
6	EUGANEA	15 Alta Padovana
		17 Este
		16 Padova
8	BERICA	5 Ovest Vicentino
		6 Vicenza
7	PEDEMONTANA	3 Bassano del Grappa
		4 Alto Vicentino
9	SCALIGERA	22 Bussolengo
		21 Legnago
		20 Verona

Tab. 2.1 “ L’assetto delle Aziende Ulss in Veneto dal 1 gennaio 2017, a seguito dell’approvazione della Legge Regionale n. 19 del 2016”^[5]

La Legge n.19 assicura anche la creazione dell’Azienda Zero, descritta dall’art.1: *“l’Azienda per la razionalizzazione, l’integrazione e l’ottimizzazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale, ente del servizio sanitario regionale, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile”*.

Azienda Zero è un istituto del Servizio Sanitario Regionale dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, con autonomia amministrativa, organizzativa, patrimoniale, tecnica, patrimoniale e contabile. Nell’esercizio delle sue funzioni l’Azienda Zero è soggetta al coordinamento da parte del Direttore generale dell’Area Sanità e Sociale, che coopera con la Giunta Regionale nell’attività di formazione e determinazione degli obiettivi e dei programmi.

La creazione dell’Azienda Zero fa parte di un più grande piano della Regione Veneto il quale consiste in un processo di riorganizzazione della Sanità che mette il cittadino al centro di un sistema di servizi egualitario e che tiene conto delle differenti esigenze territoriali.

La missione di Azienda Zero è dichiarata nell'Atto Aziendale, adottato con decreto del Commissario di Azienda Zero n.107 del 26/6/2017 e approvato con Decreto del direttore generale dell'area sanità e sociale n. 84 del 7/7/2017. La missione consiste nel garantire la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali, utilizzando in tale procedimento le risorse assegnate in modo efficiente.^[5]

Le funzioni di Azienda Zero sono:

- le funzioni e i doveri della Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) contemplate nel decreto legislativo n.118 del 23/6/2011 “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articolo 1 e 2 della legge n.42 del 5/5/2009” seguendo la direzione decisa dalla Giunta regionale;
- la tenuta delle scritture delle GSA
- l'amministrazione dei flussi di cassa in relazione al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale;
- la stesura del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del servizio sanitario regionale e dei corrispondenti allegati, sui quali l'Area Sanità e Sociale pone il visto di congruità
- la stesura del bilancio preventivo e consuntivo della GSA e degli allegati corrispondenti, sui quali l'Area Sanità e Sociale pone il visto di congruità;
- gli indirizzi in materia contabile delle Aziende Ulss e degli altri enti del servizio sanitario regionale;
- l'amministrazione delle attività tecnico-specialistiche per il sistema e per gli enti del servizio sanitario regionale, quali:
 - a. gli acquisti centralizzati nel rispetto della qualità, della specificità clinica e economicità, previa valutazione della Commissione Regionale per l'investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE), come previsto secondo conformemente al regolamento approvato dalla Giunta regionale;
 - b. i processi di accreditamento ECM
 - c. i processi di selezione del personale del settore sanità, conformemente al regolamento approvato dalla Giunta regionale, dopo aver sentito la competente commissione consiliare;

- d. l'assistenza tecnica alla formazione manageriale e del rischio clinico di valenza regionale;
- e. le infrastrutture di tecnologia informatica, connettività, sistemi informativi e flussi dati in una prospettiva di uniformazione e di evoluzione del sistema ICT;
- f. l'assistenza al modello assicurativo del sistema sanitario regionale, particolarmente per quanto riguarda il contenzioso e le possibili transazioni;
- g. la graduale razionalizzazione del sistema logistico;
- h. l'amministrazione del contenzioso del lavoro e del sanitario, tramite la sottoscrizione di un accordo tra ogni singola Azienda Ulss, Aziende ospedaliere e universitarie, Istituto Oncologico Veneto (IOV) e l'Azienda Zero, la quale assicura il patrocinio e la difesa; il modello dell'accordo è stabilito dalla Giunta regionale;
- i. l'attivazione del fascicolo sanitario elettronico e di conseguenza la tessera sanitaria elettronica per tutti i cittadini della regione Veneto. Entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge l'Azienda Zero, dopo aver sentito la commissione consiliare competente, approva le disposizioni attuative del fascicolo sanitario elettronico con speciale riferimento all'attuazione di un'unica rete regionale per collegare tutte le aziende sanitarie e gli enti socio-sanitari; le organizzazioni private convenzionate del sistema socio-sanitario avranno l'obbligo di aderire al fascicolo sanitario elettronico anche allo scopo dell'accreditamento;
- j. i servizi tecnici per la valutazione della HTA
- k. la programmazione degli Uffici Relazioni con il Pubblico in ambito sanitario e socio-sanitario, presso le Aziende Ulss.

Nella seguente tabella sono riportati alcuni importanti valori dell’Azienda che si riferiscono all’anno 2018.

	Preventivo 2018
VALORI ECONOMICO-PATRMONIALI	
Valore della produzione	681.200.378 €
Costo della produzione	485.039.482 €
Risultato di esercizio	195.252.182 €
Valore degli investimenti	9.361.237 €
PERSONALE	
Costo del personale	13.091.444 €

Tab. 2.2 “valori chiave dell’Azienda Zero relativi all’anno 2018”⁽¹¹⁾

La pianificazione economico-finanziaria per l’anno 2018 è stabilita all’interno del bilancio di previsione di Azienda Zero, approvato con Decreto del Commissario n. 337 del 12/12/2017.

Le risorse destinate ad Azienda Zero per l’anno 2018 ammontano a circa 537 milioni di euro, dei quali 174 milioni a titolo di indistinta (in diminuzione rispetto al 2017 di 195 milioni), 56 milioni per attività istituzionali (budget 2018) e 228 milioni destinati a finanziamenti vincolati.

Il costo della produzione preventivato per il 2018 ammonta a 485 milioni di euro, ripartiti in questo modo:

- 82 milioni di euro per acquisti di servizi sanitari dei quali 51,7 milioni da trasferire interamente ad ARPAV e 15 milioni ad altri enti pubblici della Regione derivanti dai contratti per la formazione degli specializzandi, per ricerca finalizzata e per borse di studio;
- 23,4 di euro milioni per l’acquisto di servizi non sanitari dei quali la maggior parte utilizzati per:
 - acquisto di sistemi di videoconferenza ed altri servizi infrastrutturali;
 - realizzazione della fase II del fascicolo sanitario elettronico;
 - corsi di laurea e corsi di laurea magistrale delle professioni sanitarie (D.Lgs n. 502/1992);
 - formazione del personale interno ad Azienda Zero
- 13 milioni di euro per il personale sia a tempo determinato che indeterminato, da questo conteggio sono escluse le borse di studio e il personale in distacco;

- 1,7 milioni di euro per le quote di ammortamento del patrimonio che si prevede entrerà in dotazione ad Azienda Zero durante l'anno;
- 363 milioni di euro destinati alle quote inutilizzate di contributi vincolati da destinare alle aziende.

Alla luce di tutto questo Azienda Zero, nel suo primo anno di sviluppo intende seguire alcune linee strategiche tra cui il controllo e la verifica, con la prospettiva di un miglioramento continuo, degli adempimenti richiesti e dei risultati raggiunti riguardanti l'erogazione da parte del SSR dei LEA; l'osservanza delle linee guida dettate dalla Giunta regionale con il DRG 555/2018 in materia di supporto alla programmazione socio-sanitaria; il supporto alle Aziende del SSR nel conseguimento degli obiettivi di programmazione attribuiti ai Direttori Generali.

Questi obiettivi strategici genereranno degli obiettivi aziendali di orizzonte annuale, assicurando così la connessione tra la pianificazione strategica e la programmazione annuale.

Il sistema di misurazione è basato su due concetti fondamentali che sono:

- la connessione diretta con la mission e la strategia tramite il PSSR,
- l'applicazione del modello cascading sia nella determinazione degli obiettivi, che deriva dalla pianificazione strategica, sia nella valutazione delle strutture e uffici che del personale a qualsiasi livello.

Il sistema di misurazione individua quattro differenti aree di misurazione e valutazione attraverso il processo di budget, quest'ultimo è svolto ai sensi della L.R. Veneto 55/1996 e determina gli obiettivi operativi di ogni articolazione organizzativa aziendale e per ognuno degli obiettivi si definiscono le azioni, i tempi, le risorse e le responsabilità organizzative relative al raggiungimento; in breve le strutture organizzative sono valutate facendo riferimento al livello di conseguimento degli obiettivi assegnati, tenendo presente le risorse disponibili e le eventuali contingenze manifestatesi nel corso dell'anno.

Dal lato dell'individuazione dei nuovi ambiti territoriali e delle funzioni in materia di servizi sociali, la Legge Regionale n. 19 stabilisce che i bacini delle Aziende Ulss già esistenti precedentemente dell'entrata in vigore della legge si presentano come Distretti 13 delle Aziende Ulss, con funzioni di collegamento tra l'ospedale e la rete territoriale a cui si riferisce. Verrà istituita la Conferenza dei Sindaci in tutte le nuove AULss, mentre in ciascun nuovo Distretto sarà formato il Comitato dei Sindaci di Distretto.^[11]

Un ulteriore cosa da dire del PSSR 2012-2016 è che quest'ultimo, ai sensi dell'art. 24 dalla L.R. n. 19/2016, mantiene validità fino al 31/12/2018 (o finché non verrà approvato il nuovo Piano socio-sanitario regionale). L'attuale PSSR infatti prevede considerevoli operazioni di riordino strutturale e funzionale in rapporto ai bisogni della regione veneto e promuove l'appropriatezza clinica e organizzativa ed anche la corretta corrispondenza tra responsabilità, risorse e servizi resi risulta, grazie a tutti questi fattori, ancora molto valido ed attuale. L'importanza delle strategie che il Piano Socio-Sanitario Regionale descrive richiede sicuramente un periodo di tempo di diversi anni per fare in modo possano essere messe in atto e soprattutto perché possano consolidarsi. Le nuove Aziende Ulss hanno l'obbligo di garantire la realizzazione delle schede di dotazione territoriale incrementando, rispetto all'attuale programmazione, i posti letto degli Ospedali di Comunità del 15% ed inoltre devono assicurare l'attivazione di almeno il 60% dei Medici di Medicina Generale nelle Medicine di Gruppo Integrate e l'attivazione di almeno l'80% entro il 31 dicembre 2018^[5].

Capitolo 3: Il futuro del sistema socio-sanitario del Veneto: analisi del nuovo Piano socio-sanitario 2019-2023

Le più importanti fonti normative che caratterizzano i compiti e gli obiettivi del SSR per i prossimi anni sono:

- PSSR 2012-2016 approvato con L.R. n. 23 del 29/06/2012, poi modificato dalla L.R. n. 46 del 3/12/2012;
- L.R. n.19 del 25/10/2016 e successive scritture che si riferiscono alla riforma che istituisce Azienda Zero in qualità di ente di governance della sanità regionale;
- Documenti di programmazione interni all'Azienda, con speciale rimando al Bilancio Economico Preventivo (BEP) 2018 e al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza 2018-2020;
- Obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi per le Aziende ed Istituti del SSR per l'anno 2018, come previsto dall'art. 3 bis, comma 5, del D.Lgs. n.502/1992 (DRG 230 del 6/03/2018)
- Indirizzi annuali per l'attività di Azienda Zero, ai sensi dell'articolo e comma 9 della Legge Regionale 19/2016 (DRG 555 del 30/04/2018)

Il Pssr 2019-2023 è formulato in continuità con quanto già oggetto della vigente programmazione sanitaria definita con il Piano socio sanitario regionale approvato con la Legge regionale del 29 giugno 2012 n. 23 e va letto come aggiornamento e integrazione dello stesso, a seguito delle significative riforme intercorse medio tempore.

Recentemente ci sono stati numerosi interventi presi in sede nazionale dettati soprattutto dalle obbligatorie necessità di frenare l'aumento della spesa pubblica e di standardizzazione della natura e della qualità delle prestazioni assistenziali, erogate dalle regioni, con l'obiettivo primario di garantire la sostenibilità del Ssn. La Legge regionale del 25 ottobre 2016 n. 19 che

ha istituito l’Azienda Zero, ha imposto le disposizioni per l’individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle aziende Ulss e questo riordino territoriale permette una visione più ampia, a livello di governo locale, e una maggiore flessibilità nell’utilizzo e nell’allocazione delle risorse presenti sul territorio, grazie alle economie di scala che potranno essere utilizzate sui servizi di supporto.

Il 28 febbraio 2018 viene sottoscritto l’accordo preliminare con il governo ai sensi dell’art.116 della Costituzione che introduce uno spazio regionale di “autonomia differenziata” e, in materia di tutela della salute, riconosce ulteriori forme e condizioni speciali di autonomia amministrative e legislativa con rimando a importanti settori sui quali l’intervento dello Stato ha determinato considerevoli limitazioni all’azione delle regioni. I contenuti di questo accordo lasciano uno spazio che potrà essere precursore di un impatto importante in alcune delle principali aree di intervento lasciate alla determinazione dell’autonomia regionale, quali la valorizzazione delle risorse umane del SSR, il sistema tariffario sia sotto il profilo del rimborso che della compartecipazione, la spesa farmaceutica in caso di immobilità dell’agenzia italiana del farmaco.

In questo schema normativo e percorso preliminare che ha l’obiettivo di ottenere forme di autonomia differenziata, viene inserito il nuovo “Piano socio sanitario regionale 2019-2023” che è stato approvato con la legge regionale n. 48 del 28 dicembre 2018 dalla Giunta regionale, su proposta del presidente. Tale strumento di pianificazione regionale ha lo scopo di offrire una guida utile a potenziare e rafforzare i principali tratti evolutivi del sistema sanitario veneto, già introdotti precedentemente dal Pssr 2012-2016, proiettandoli nel panorama dei prossimi cinque anni. Le azioni che sono già state intraprese, dunque, dovranno conciliarsi con l’evoluzione di misure fatte per garantire la sostenibilità dell’universalità di cure e proseguire le attività di miglioramento degli strumenti utili per fronteggiare i bisogni di salute, raccogliendo la sfida per gestire le inevitabili contraddizioni offerte dall’osservazione delle complessità della realtà odierna.

Il piano socio sanitario della regione Veneto per il quinquennio 2019-2023 si pone come obiettivi principali l’evoluzione e la realizzazione dei cambiamenti già iniziati con la legge n. 23 del 29/06/2012 ovvero il contenimento della spesa pubblica, la standardizzazione della natura e della qualità delle prestazioni ed infine la garanzia della sostenibilità del Sistema Sanitario Regionale. Un altro obiettivo che il nuovo PSSR si prefigge è quello mantenere come riferimento istituzionale i concetti di universalità ed equità cercando di assicurare i LEA in modo uniforme su tutto il territorio regionale.^[12]

Per poter sviluppare una assistenza sanitaria basata sul principio solidaristico di assistenza verso la persona in qualità di ogni cittadino/utente/paziente, è auspicabile approfondire la relazione tra fabbisogno assistenziale e risposte in termini di offerta.

Il PSSR 2019-2023 cerca di ovviare alla diminuzione di una risorsa fondamentale del sistema sanitario che è rappresentata dal personale medico e della sanità in generale. L'obiettivo della regione è quello di fare in modo che gli ospedali e i centri di cura del Veneto siano sottorganico o debbano chiudere reparti per carenza di medici. La salute dei cittadini è una priorità e per questo motivo il Veneto prenderà a prestito modelli organizzativi già consolidati all'estero e sperimenterà nuovi canali di formazione e reclutamento per il personale sanitario in modo che quest'ultimo non risulti deficitario.

Questo problema però non riguarda solo la Regione Veneto ma si estende a livello nazionale dove sono state fatte delle previsioni per i prossimi anni, fino al 2020, le quali dicono che ogni anno ci saranno circa 473 medici in meno poiché ci troviamo in mancanza di ricambio generazionale quindi i neolaureati di specialità non riescono a coprire i posti lasciati liberi dai medici che stanno andando in pensione.

Con il nuovo piano socio sanitario regionale il Veneto farà da apripista nell'affrontare l'emergenza nazionale della carenza di medici, la regione ha deciso di sperimentare nuove soluzioni ed è pronta a metterle a disposizione del Paese. Il piano prevede la possibilità di stipulare contratti incentivanti per i medici che accettano di prestare servizi nelle aree disagiate della regione (quali montagna, laguna e Polesine) e la destinazione di risorse aggiuntive regionali per integrare la retribuzione dei dipendenti della sanità.

Quattro sono le nuove modalità di reclutamento di medici specialisti per la sanità veneta previste dal piano sociosanitario 2019-2023:

- 1) assunzione di medici abilitati non specializzati per lo svolgimento di attività medico chirurgiche di supporto;
- 2) assunzione di medici in formazione specialistica con contratto a tempo determinato in accordo con le università;
- 3) possibilità di conferire incarichi individuali con contratto di lavoro autonomo anche per l'esercizio di funzioni ordinarie;
- 4) convenzioni con le università dell'Unione europea per la formazione specialistica di medici

Un altro motivo di crisi del sistema sanità che si è riscontrato negli ultimi anni è stato causato dal ridimensionamento del Fondo Sanitario Nazionale ripartito tra le varie Regioni, questo ha determinato un definanziamento pubblico riducendo l'introito finanziario della sanità regionale veneta. Questo effetto è stato tuttavia mitigato, in parte, con la delega al Governo in materia di federalismo fiscale. L'attuazione dell'articolo 116 della costituzione, grazie all'autonomia differenziata amministrativa e legislativa, mette a disposizione maggiori risorse economiche spendibili nei diversi piani di operatività assistenziale (dagli investimenti ad alta tecnologia al reintegro di parte del personale attualmente in grave sofferenza di organico).

La crisi riguardante il concetto relativo alla sostenibilità del sistema sanitario nazionale ha tre macro determinanti, fattori che vanno discussi ed analizzati per meglio mettere a fuoco le dinamiche di programmazione e gli sviluppi di una organizzazione sanitaria in una logica di riflessioni orientata ad un studio metodologico di politica sanitaria regionale nello specifico del PSSSR Veneto.^[12]

- **Eccessiva estensione dei nuovi LEA:**

L'aggiornamento dei LEA, come previsto da apposita norma ovvero il DPCM 12 gennaio 2017 (successivamente pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale), e la promozione all'appropriatezza del SSN, pongono la necessità di aggiornare le prestazioni, condizionate dal progresso scientifico e tecnologico, ma anche dal marketing e dalla medicalizzazione della società. Di fatto sono entrate nel paniere dei LEA nuove prestazioni riguardanti il piano delle vaccinazioni, screening neonatali, procreazione medicalmente assistita, prestazioni di genetica, radioterapia stereotassica e 110 malattie rare. Tutto questo è stato inserito senza tener presente i 3 fondamentali principi di evidence policy marking che escludono dai LEA servizi e prestazioni sanitarie inefficaci, inappropriate, e dal costo-efficacia limitata (low value).

Pertanto la vera sfida sulla sostenibilità dei LEA riguarderà la definizione di un metodo rigoroso evidence- value based al fine di garantire ai cittadini le appropriate prestazioni sanitarie.

- **Consistente quota di denaro pubblico erosa da sprechi ed inefficienze:**

La definizione più classica di spreco è legata al concetto di attività che consuma risorse senza generare valore (Taiichi Ohno).

In sanità gli sprechi vengono suddivisi in tre categorie che sono: wasteful clinical care, governance-related waste e operational waste.

Il wasteful clinical care si identifica come utilizzo eccessivo di prestazioni sanitarie inappropriate, in particolare si è notato:

- un aumento al ricorso a strategie operative di medicina difensiva (attualmente regolamentata dalla Legge Bianco-Gelli);
- una diminuzione di un tipo di ragionamento ipotetico-induttivo causato dalla mancanza di un affiancamento formativo durante la specializzazione medica;
- una prevalenza della strategia diagnostica esaustiva;
- un concetto popolare divulgato dai media di una medicina mitica ed infallibile.

La governance-related waste è descritta come un insieme delle varie complessità amministrative e risulta evidente in tutti i processi non clinici in ambito sanitario e rappresenta una consistente voce di spesa del SSN sia in quanto sottrae del tempo prezioso ai professionisti sanitari sia per gli sproportionati costi del personale amministrativo.

Il rimedio a questa tipologia di sprechi va ricercato attraverso investimenti e nuove modalità gestionali, piuttosto che nell'accorpamento delle Aziende Sanitarie della Regione Veneto.

Con operational waste si fa riferimento ad altri processi di produzione che risultano inefficienti.

▪ **Espansione non governata del “secondo pilastro”.**

La convergenza dell'interesse sul finanziamento dei servizi sanitari da parte dei terzi paganti rappresenta il secondo pilastro in Sanità. L'espansione di quest'ultimo si presenta come una materia articolata e molto complessa a causa di una frammentazione della normativa, stratificata da leggi e decreti sulla sanità integrativa ed un impianto legislativo incompleto.

Il futuro rimedio a tale disordine dovrà essere uno dei principali compiti di Azienda Zero, la quale dovrà applicare verifiche e controlli che avranno come obiettivo l'aumento della trasparenza del sistema mediante specifica authority.

La visione strategica del PSSR della regione Veneto consiste nella creazione di una organizzazione orientata al continuo miglioramento delle prestazioni sanitarie e alla soddisfazione dei cittadini e degli operatori.

L'analisi del PSSR Veneto parte da alcune considerazioni generali contestualizzate nella nostra regione che riguardano prioritariamente il progressivo invecchiamento della popolazione su tutto il territorio nazionale ed in particolare nella nostra regione che determina una elevata crescita delle patologie di natura cronica degenerativa con incremento dei bisogni assistenziali. Per studiare e monitorare questo fenomeno sono stati identificati alcuni strumenti che permettono di stratificare la popolazione secondo tali bisogni. Uno dei più utilizzati è l'ACG (Adjusted Clinical Group) che identifica nel 5% della popolazione veneta i cittadini per cui si rende necessario un particolare approccio sanitario.

In conformità con l'orientamento internazionale in campo sanitario, le patologie vengono divise in Acute e Croniche, questi due macro gruppi si differenziano per la tipologia dell'evoluzione e per i bisogni clinici. Le patologie Acute di pertinenza esclusiva dell'Ospedale vengono trattate mediante ricovero ordinario, day-hospital o day-surgery come indicato nel PSSR 2019-2023 nel quale è presente un intero capitolo dedicato al "percorso del paziente in ospedale". Le patologie croniche stimano nel 5% della popolazione del Veneto assorbono circa il 33% delle risorse sanitarie, pertanto l'indirizzo del PSSR regionale polarizza l'attenzione verso questo settore sviluppando un programma dedicato, riguardante la presa in carico di tali pazienti.

Le strutture distrettuali e la medicina generale territoriale rappresentano gli organismi referenti per l'analisi e la misurazione dei bisogni identificando modelli organizzativi, risorse e setting di cura. Tale progetto presenta tuttavia alcune contraddizioni organizzative e strutturali dovute al fallimento del recente tentativo di riorganizzazione dalle Medicine di Gruppo Integrate e alla carenza di personale sanitario operante in territorio, per il quale manca ancora un programma di formazione specifica teorica e pratica.

All'interno del nuovo PSSR viene inoltre formulata una moderna visione della farmaceutica che ora comprende, oltre ai farmaci, anche le tecnologie applicate alla medicina (tra cui dispositivi medici, attrezzature sanitarie e sistemi diagnostici) che sono strumenti indispensabili per un livello di efficienza ed efficacia ottimali.

Il controllo della spesa nel settore farmaceutico è determinante nella gestione del sistema a garanzia di un servizio sostenibile e di qualità, pertanto ci sono varie strategie di programmazione e di controllo attivate per garantire una corretta governance, tra queste le più significative riguardano:

- la centralizzazione degli acquisti che consente di abbattere i costi e favorisce l'uniformità dei percorsi terapeutici tra gli ospedali;
- il perseguimento di un percorso di miglioramento continuo dell'appropriatezza prescrittiva con adesione ai PDTA (Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali) in modo da evitare inutili sprechi e ridondanze nella richiesta di prescrizioni diagnostiche e farmacologiche;
- la promozione dell'uso di farmaci a brevetto scaduto, ottenendo così un notevole risparmio;
- la centralizzazione della valutazione da parte di Health Technology Assessment (HTA), concentrando e migliorando l'esperienza, l'efficacia e il Know How dei dispositivi medicali da trasferire ai clinici;
- il potenziamento dell'aspetto fondamentale della farmacovigilanza e dell'aderenza terapeutica con l'obiettivo di evitare interazioni farmacologiche con conseguenti reazioni avverse, causa principale di abbandono delle terapie e conseguente incremento della spesa sanitaria causata da ripetuti ricoveri ospedalieri;
- il rafforzamento della rete della farmacie ospedaliere e dei servizi farmaceutici territoriali che dovranno essere sempre coinvolti nei processi decisionali .

Questo articolato programma di governance sanitaria, attraverso il raggiungimento degli obiettivi strategici ed operativi, ambisce a migliorare la qualità dell'assistenza farmaceutica ad ogni livello.

Nelle prossime righe si andrà ad più nel dettaglio le varie macro aree di interesse del PSSR della Regione Veneto. Tali macro aree vengono divise in:

- **Territorio**

Per prima cosa viene fatto uno studio epidemiologico sulla attuale e futura popolazione della regione che mette in rilievo il progressivo aumento dell'età con la conseguente moltiplicazione delle patologie di natura cronica degenerativa le quali hanno causato una crescita esponenziale delle richieste relative ai bisogni assistenziali.

La regione Veneto, per studiare e monitorare questo fenomeno, ha indicato alcuni strumenti che permettono di stratificare la popolazione secondo tali bisogni. Uno dei più utilizzati è l'ACG (Adjusted Clinical Group) che identifica nel 5% della popolazione del Veneto coloro che necessitano di un particolare approccio sanitario.

Le strutture distrettuali e la medicina generale territoriale rappresentano gli organismi referenti per l'analisi e la misurazione dei bisogni identificando modelli organizzativi, risorse e setting di cura. Nella prospettiva della qualità di vita delle persone con malattie croniche degenerative e nella long term care, la quale riguarda le persone non autosufficienti, la strategia regionale intende perseguire livelli di efficienza ed efficacia per favorire sempre di più un modello al cui centro c'è la domiciliarità. Gli ambiti interessati di intervento prioritario sono: rafforzamento dei processi di continuità ospedale-territorio, prevedendo moduli diversificati e integrati all'interno dell'organizzazione in modo tale da garantire l'appropriatezza delle dimissioni ospedaliere ed il supporto familiare.

In conformità con l'orientamento internazionale in campo sanitario, le patologie vengono suddivise in Acute e Croniche, i due gruppi si differenziano per la tipologia dell'evoluzione e per i bisogni clinici. Le patologie Acute di pertinenza esclusiva dell'ospedale vengono trattate mediante ricovero ordinario, day-hospital o day-surgery come indicato dal recente PSSR 2019-2023 con un capitolo dedicato al "percorso del paziente in ospedale". Le patologie croniche, stimate nel 5% della popolazione del Veneto, vanno ad assorbire il 33% delle risorse sanitarie, pertanto l'indirizzo del PSSR regionale polarizza l'attenzione verso questo

settore sviluppando un programma appositamente dedicato alla presa in carico di tali pazienti .

Per poter ottenere un risultato in termini positivi si dovrà monitorare il trend epidemiologico in atto verso case mix ad alta complessità legato al processo di invecchiamento attuando politiche di aggiornamento, di presa in carico precoce di tali pazienti e di sensibilità nella graduazione dei bisogni.

La cabina di regia del sistema territoriale ha sede nei Distretti socio-Sanitari, mediante il controllo della rete delle strutture territoriali intermedie anello di congiunzione tra l'ospedale e il domicilio.

Queste strutture possono offrire una pronta risposta alla richiesta riabilitativa mediante le Unità Riabilitative Territoriali (URT), una risposta a situazioni riguardanti malattie croniche-degenerative con particolari aspetti di complessità grazie agli ospedali di comunità e una presa in carico della terminalità mediante le unità territoriali di cure palliative e ai centri residenziali denominati Hospice.

Infine nell'ambito più generale della territorialità del piano sanitario e con aspetti rivolti al sociale viene individuato uno spazio di intervento nel riconoscere e prendersi cura dei minori con problematiche comportamentali, in considerazione dell'incremento di situazioni di fragilità e disagio, con programmi riabilitativi specifici che contemplino anche il coinvolgimento del mondo della scuola e della famiglia attraverso appositi percorsi formativi ed informativi.

- **Prevenzione**

Secondo OMS 86% dei decessi e il 75% della spesa sanitaria sono determinate da patologie croniche causate anche da scorretta alimentazione, inattività fisica, fumo e abuso di alcol.

Il Piano Regionale Prevenzioni PRP attraverso specifici programmi di sorveglianza monitora questi fattori di rischio assieme alla sorveglianza dell'ambiente e degli alimenti in modo da prevenire situazioni a rischio per la popolazione e ad un utilizzo di risorse umane ed economiche con un inevitabile ripercussione sulla spesa sanitaria regionale.

Tra gli esempi pratici di grave importanza in materia di prevenzione, fattore determinante sia per il contenimento della spesa ma anche per una sanità di eguaglianza sociale, sono:

- ✓ malattie trasmissibili dovute alla trasmissione di agenti infettanti da parte dell'uomo che si differenziano in prevedibili con vaccini e non prevedibili con vaccini (come la tubercolosi e HIV) oppure da vettori (ne è un recente esempio la pandemia di febbre del Nilo);
- ✓ malattie determinate dalla contaminazione di sostanze nocive nel suolo, aria ed acqua come, ad esempio, la presenza di sostanze Perfluoralchiliche (PFAS) nel territorio della provincia di Vicenza o l'esponenziale ed ubiquitario aumento della concentrazioni di polveri sottili;
- ✓ malattie cronic-degenerative, con particolare attenzione alla diverse forme di demenza.

Gli interventi nel prevenire la mortalità e la morbosità legato a tali manifestazioni patologiche si focalizzano su due principali strategie, la prima legata alla popolazione mentre l'altra basata sull'individuo e volta soprattutto ad aspetti legati alla comunicazione e alla formazione.

Nello specifico si devono attuare misure che riguardano il potenziamento della sorveglianza delle malattie infettive con promozione all'adesione consapevole alle vaccinazioni, con campagne di prevenzione, di diagnosi precoce e di screening per quanto riguarda le malattie non prevedibili attraverso la vaccinazione (tubercolosi, HIV) che vengono contratte tramite una trasmissione da uomo a uomo, mentre con interventi preventivi di bonifica sul territorio per le malattie trasmissibili da vettori (West Nile).

Sarà inoltre determinante garantire sistemi di sorveglianza sugli stili di vita in modo da far fronte non solo alla singola patologia ma alla complessità della dimensione epidemiologica ed economica.

• **Ospedale**

Il percorso individuato dal PSSR, per quanto concerne l'ospedalizzazione, prevede una sempre maggiore offerta di cure a problematiche cliniche per acuti, riservando percorsi alternativi ad aspetti clinici differibili e alla cronicità.

Nell'ambito di un percorso programmato l'ospedale viene attivato come nodo della rete che eroga servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in un'ottica di appropriatezza e sicurezza.

La rete regionale ospedaliera viene suddivisa in due tipologie di strutture: Hub e Spoke.

In base alle specificità tecnologiche, strutturali e di competenza.

Gli ospedali Spoke garantiscono prestazioni di bassa e media complessità, mentre gli ospedali Hub erogano prestazioni di alta specializzazione.

In questa dinamica e differenziata offerta ospedaliera che viene rivolta alla cura di malattie acute devono svilupparsi dei percorsi sinergici con le strutture di cura territoriali che supportano e semplificano l'iter diagnostico-terapeutico in ambito ospedaliero permettendo interventi mirati e di breve durata per i pazienti cronici instabili.

Un altro aspetto importante della cronicità trattata in ambito ospedaliero è la difficoltà di una dimissione domiciliare per un lento recupero funzionale del paziente o per problematiche familiari e sociali.

Per la gestione di questa tipologia di dimissioni viene predisposto un percorso di osservazioni breve con posti letto dedicati gestiti da personale infermieristico (OBE) per risolvere le problematiche non cliniche o per indirizzare i pazienti a strutture di ricovero intermedie come le Unità Riabilitative Territoriali (URT) o agli Ospedali di Comunità (OdC) con quest'ultime che appartengono all'ambito del privato convenzionato.

Il monitoraggio degli esiti dei processi assistenziali, al fine di verificarne la coerenza con l'offerta programmata delle prestazioni, verrà effettuata dall'Azienda Zero ed ovviamente tutto il sistema deve rispondere ai criteri di efficienza, efficacia, sicurezza ed economicità.^[3]

Conclusioni

Dopo una attenta e approfondita lettura del testo del PSSR si possono fare alcune riflessioni sia di carattere generale che specifico dei vari capitoli che riguardano l'intero panorama della programmazione sanitaria del Veneto, tenendo in giusta considerazione i vari suggerimenti che derivano dalle varie associazioni di categoria e dalle sigle sindacali di settore ipotizzando il futuro scenario e l'effettiva ricaduta applicativa di tale piano.

Nell'ambito della programmazione a livello ospedaliero veneto le organizzazioni sindacali mediche mettono in evidenza alcune criticità di sistema che riguardano il DMS 70/2015 puntualizzando sugli aspetti non in linea del PSSR con i principi tecnici di buona programmazione e organizzazione, contestando la visione della regione Veneto riduttiva sui requisiti minimi ospedalieri solo parzialmente rispettati da HUB e SPOKE.

Inoltre, altro aspetto di criticità, emerge dalla DGR n° 245 riguardante i criteri minimi di riferimento del fabbisogno del personale medico dirigente. La nota e crescente carenza di medici specialisti e MMG non è determinata solamente dal blocco del numero chiuso all'accesso alla facoltà di medicina, ma soprattutto all'esiguo numero di borse di studio erogata dall'università per le singole discipline specialistiche, in ultima analisi dalle carenze di risorse economica devolute all'istruzione postlaurea. Tale fenomeno se non arginato corre il rischio di portare ad una sanità povera di professionalità qualificata con enormi rischi per la salute dei cittadini veneti. Una prima avvisaglia di questa deriva ha portato la sanità territoriale ad avere medici palliativisti con limitate competenze e nei presidi ospedalieri medici deputati all'emergenza-urgenza con scarse preparazione ed esperienza.

Anche nel settore della profilassi, disciplina strategica in sanità, le criticità riguardano soprattutto la copertura vaccinale sia nei bambini che quella influenzale negli anziani, campagne di prevenzione che hanno determinato uno scostamento negativo. Pertanto il futuro impegno della governance della sanità veneta si dovrà giocare principalmente sul versante

della comunicazione, della divulgazione della cultura della prevenzione momento non ben delineato e precisato nel PSSR.

Il Sssr del Veneto sarà sostenibile in futuro, mantenendo i suoi valori principali di universalismo e solidarietà su cui si basa, se sarà capace di uscire dalla dinamica dei tagli lineari della spesa, mirando a inserire misure di governo della domanda e dell'offerta e a far diventare le modalità di finanziamento più efficienti e proporzionate secondo i due principi prima esposti. La sostenibilità del Sistema socio-sanitario del Veneto dipenderà anche dallo sviluppo che in futuro avrà il processo di realizzazione del federalismo fiscale, il quale ha interessato il Sistema sanitario nazionale fin dai primi anni novanta.

La sfida di lungo periodo per il Sssr del Veneto, e dei sistemi socio-sanitari in generale, interessa la sostenibilità economica, ovvero garantire la costo-efficacia della spesa sanitaria, ma anche, e soprattutto, la sostenibilità finanziaria della sanità pubblica, cioè il disporre di risorse finanziarie sufficienti per continuare a garantire una copertura sanitaria adeguata e di buona qualità a tutti i cittadini. Per fare questo sarà necessario modificare le modalità di raccolta delle risorse finanziarie. In primo luogo si dovrà preservare il finanziamento pubblico, per la copertura dei LEA che bisogna garantire a tutta la popolazione, allargando la base imponibile con nuove forme di imposizione senza tuttavia andare ad aumentare il cuneo fiscale sul lavoro. Inoltre bisognerà cercare di ridisegnare le compartecipazioni, ovvero i ticket, che sono da impiegare non solo come strumenti di finanziamento ma anche come incentivi a tutela delle persone con gravi patologie o con difficoltà economica tramite esenzioni e riduzioni proporzionali alla gravità della patologia. Infine c'è da considerare la posizione dei fondi sanitari integrativi e delle polizze sanitarie, entrambi previsti nella L. 833/1978 e poi normati a partire dalla riforma del 1999, i quali dovrebbero essere supplementari ma non complementari o addirittura sostitutivi alla copertura pubblica dei LEA e opportunamente regolati, negli ultimi anni si è riscontrato un aumento di iniziative di welfare aziendale fiscalmente agevolate che però hanno il rischio di diminuire ancora di più le risorse a disposizione del SSN oltre che ad aumentare le disuguaglianze nell'accesso ai LEA andando a coprire prestazioni sostitutive o complementari dei LEA e di conseguenza riducendo la sostenibilità del nostro SSN.

Ad ogni modo, a livello generale, si può dire che non appare un quadro preoccupante da un punto di vista finanziario e contabile tale da pregiudicare gli equilibri economici e finanziari degli enti anche per quanto riguarda il prossimo futuro. Il Tavolo degli adempimenti regionali relativo alla spesa sanitaria, riunito per valutare l'adempienza o meno delle regioni ai fini

dell'accesso all'integrazione al finanziamento della spesa sanitaria per il 2016 si è espresso in data 22 febbraio 2018 giudicando la regione Veneto pienamente adempiente ed insieme a lei solo altre tre Regioni.

Bibliografia

1. ANAAO Assomed - Associazione medici dirigenti, *Osservazioni al Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto 2019-2023*, (settembre 2018)
2. CALACIURA TRAINA D., PRISLEI M., PIZZICONI G., TESSARO T., BIANCHI A., DIMITA F., USAI E. (2018), *Esito del controllo delle relazioni sui bilanci d'esercizio 2016 delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere del Veneto, dell'Istituto Oncologico Veneto e della G.S.A., trasmessi ai sensi dell'art. 1, comma 170, della legge 23 dicembre 2005 n. 266 e dell'art. 1, c. 3 del d.l. 174/2012, convertito dalla legge n. 213/2012*, Corte dei Conti, sezione regionale di controllo per il Veneto
3. Cartabellotta N., Cottafava E., Luceri R., Mosti M., Orsi F. (2018), 3° Rapporto sul sostenibilità del Sistema Sanitario Nazionale, GIMBE
4. CGIL Veneto, *Osservazioni e proposte CGIL Veneto su DGR n.13 del 28/05/2018 nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023*, (luglio 2018)
5. Costa C. (2016), *L'evoluzione dei sistemi sanitari regionali. Un'analisi degli assetti di governance e degli ambiti territoriali in veneto; Toscana; Lombardia ed Emilia Romagna*, IRES – Istituto di Ricerche Economiche e Sociali Veneto, Novembre
6. Federazione Veterinari e medici del Veneto, *Proposta PSSR 2019-2023, Osservazioni della Federazione Veterinari e Medici del Veneto*, (12 settembre 2018)
7. Fish Veneto, Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023, osservazioni al PDL 357/2018
8. Fuolega F. (2012), *Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale*, Segreteria Regionale per la Sanità, Direzione Controlli e Governo SSR, Maggio
9. Legge Regionale n.19 del 25 ottobre 2016, Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero”. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS.
10. “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016”, IRES – Istituto di Ricerche Economiche e Sociali Veneto

11. *Piano Performance, anno 2018-2020*, Regione Veneto, Azienda Zero (2018)
12. *Piano Socio Sanitario Regionale 2019-2023*, Consiglio regionale del Veneto
13. Pinato E., Avossa F., De Paoli A., Dotto M., Fedeli U., Ferroni E., Gennaro E., Pellizzari M., Pierobon S., Schievano E., Corti M. (2017), *Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto*, Anno 2017 (dati 2015-2016)
14. Rebba V., (2013) “Il Servizio socio-sanitario regionale del Veneto: evoluzione e sostenibilità”, in Agostini F. (a cura di), *La Regione del Veneto a quarant’anni dalla sua istituzione: Storia, politica, diritto*, F. Angeli, Milano, pp. 278-319.
15. Spandonaro F., D’angela D., Giordani C., Polistena B. (2018), *14° rapporto sanità*, C.R.E.A. Sanità