



Stop alle code di ore nei pronto soccorsi, alle attese di mesi per una tac, ai malati parcheggiati in barella nei corridoi: per capire come funziona il modello Veneto si può partire dalla sanità. Qui, al termine di un serrato confronto con le parti sociali, si è dato vita ad un piano che oggi consente al sistema regionale - unico caso in Italia - di sostenersi con il finanziamento esclusivo del Fondo sanitario nazionale

“Il nostro piano socio-sanitario è una forma di indipendentismo”

Mestre (dal nostro inviato) – Stop alle code di ore nei pronto soccorsi, alle attese di mesi per una tac, ai malati parcheggiati in barella nei corridoi: per capire come funziona il modello Veneto si può partire dalla sanità. “Il nostro piano socio-sanitario è una forma di indipendentismo”: parola di Domenico Mantoan, direttore generale della sanità veneta. “Siamo partiti nel 2010, quando lo spread era a 111 punti. Abbiamo capito che stava arrivando la crisi e ci siamo strutturati, valorizzando la nostra storia che può contare su una tradizione di integrazione socio-sanitaria, su un’organizzazione sul territorio che si è creata negli ultimi trent’anni, su un patrimonio costituito dalle Ipb (istituti pubblici di assistenza e beneficenza) e sulle strutture di volontariato”. Il modello nasce al termine di un serrato confronto con tutti i soggetti (sindacati in prima fila) durato tre mesi, che si concretizza in un piano che oggi consente al Veneto di essere l’unica Regione italiana a sostenersi con il finanziamento esclusivo del Fondo sanitario nazionale, senza addizionali Irpef, accise o tasse di scopo a gravare sulle tasche dei cittadini. La chiave di volta è stata la scelta di riorganizzare il sistema privilegiando la domiciliarizzazione delle cure e riducendo il numero dei posti letto in ospedale a 3,5 per mille abitanti. Detto per inciso: la programmazione nazionale definita nel 2012 dall’allora ministro Balduzzi, in piena spending review, pone come obiettivo decennale nazionale 3,7 posti letto per mille abitanti. Si è poi definito un modello delle cure primarie con i medici di medicina generale in base alle indicazioni fornite dalla Regione, sono state create delle strutture intermedie (ospedali di comunità e unità di riabilitazione territoriale) a totale carico della sanità, come pure a carico della sa-

nità regionale sono le impegnative di cura domiciliare per cui vengono pagati i malati che si curano a casa (100 milioni di euro pari a 46mila impegnative). Oltre a ciò ci sono 27 mila posti letto in case di riposo per non autosufficienti, per i quali la Regione contribuisce con 50 euro al giorno. “In realtà – precisa Mantoan – non c’è stata una vera e propria chiusura di strutture ospedaliere quanto una riorganizzazione su base gerarchica degli ospedali, suddivisi in hub, spoke, day surgery e strutture di riabilitazione”. Un’operazione che non riguarda solo i costi ma una visione diversa di come le persone si possono curare ed una valorizzazione eccezionale di alcuni profili professionali, quali medici di base e infermieri. E la Cisl, primo sindacato nel Veneto, ha giocato e sta giocando un ruolo fondamentale per sostenere questo processo, attraverso la Fp Cisl in primis, ma anche attraverso la federazione dei pensionati e la Fisascat per la parte che riguarda le cooperative sociali. Un buon esempio di questa capacità di farsi carico del cambiamento da parte della Cisl è costituito dal recente accordo che ha consentito di tenere aperte le strutture e dei servizi di laboratorio fino a mezzanotte, sabato e domenica compresi (accordo non sottoscritto dalla Cgil). “Il cambiamento – sottolinea Marj Pallaro, segretario generale Fp Cisl del Veneto - noi possiamo governarlo, influenzarlo o subirlo. Poiché non volevamo subirlo, abbiamo scelto di farcene carico. Con l’accordo sulle aperture serali e festive, ad esempio, abbiamo ottenuto un osservatorio regionale che si incontra periodicamente con il sindacato ma soprattutto abbiamo ottenuto che tutti gli accordi

aziendali sulla programmazione vengano condivisi con le organizzazioni sindacali. Sugli standard del personale – aggiunge – oltre ad averli seguiti e costruiti con la Regione, abbiamo concordato l’istituzione di un osservatorio regionale e di un tavolo aziendale con il sindacato che accompagnerà tutto il percorso di applicazione del piano. Sappiamo già da dati indicativi, ad esempio, che probabilmente ci sarà un investimento sul personale di circa 5 milioni di euro nei prossimi due anni. Stiamo parlando di giovani, – precisa – personale laureato, infermieri e tecnici”. Non solo. “Anche sulle aperture serali e festive, l’accordo sottoscritto con la Regione prevede l’assunzione di nuovo personale per 40-50 unità destinate ad ampliare questi orari e dunque l’offerta ai cittadini”. Un altro caso esemplare della capacità di intercettare e farsi carico del cambiamento da parte della Cisl è il caso dell’Ospedale di Santorso, nell’Alto Vicentino, un ospedale cosiddetto spoke (400 posti letto circa) nato dal raggruppamento di tre strutture e oggi riconosciuto come un polo d’eccellenza. Per il

Un’operazione che non riguarda solo i costi ma una visione diversa di come le persone si possono curare ed una valorizzazione eccezionale di alcuni profili professionali, quali medici di base e infermieri. E la Cisl ha giocato un ruolo fondamentale per sostenere questo processo

personale infermieristico e medico, però, ha significato non solo cambiare il luogo di lavoro ma anche il modo di lavorare, avendo contro comitati locali, sindacati autonomi, sindaci e anche la Cgil, spaventata dal ricorso al project financing. “Ho seguito personalmente le trattative a quel tavolo - ricorda Marj Pallaro -, affiancando i nostri delegati e le Rsu per capire e dare il mio appoggio politico, oltre che morale. E questo mi

ha consentito di acquisire conoscenza e consapevolezza di quel modello”. Non altrettanto è stato fatto dagli altri. Tant’è che all’inaugurazione di quell’ospedale - di cui oggi tutti ne riconoscono il funzionamento - Cgil e Uil di Vicenza non si sono presentate. C’era solo la Cisl. Ma qual è la peculiarità di questa struttura? Enzo Rizzato è il dirigente sanitario che ne ha seguito il concepimento. Lo incontriamo davanti all’ingresso dell’ospedale, con le facciate di vetro su cui si riflettono le montagne che lo circondano. “Qui si lavora secondo la modalità operativa delle aree assistenziali omogenee”. Vale a dire, non più incentrato sulla patologia del paziente, con un’organizzazione del lavoro funzionale che portava a mettere insieme tutti coloro che avevano le stesse specialità mediche. In pratica, parliamo della struttura ospedaliera classica, organizzata per divisioni (cardiologia, ortopedia, neurologia, ecc.) e gerarchie. Nell’ospedale di Santorso, invece, la filosofia è quella di mettere il paziente al centro dell’assistenza. “Si passa cioè da una struttura medico-centrica - spiega Rizzato - ad una paziente-centrica, in cui le competenze vengono messe insieme in base ai bisogni del paziente e non a sé stesse. Il che ha imposto una ridefinizione degli spazi, organizzazione non più in base alle specializzazioni dei medici ma all’intensità di cure somministrate ai malati”. Il risultato è un ospedale suddiviso per aree: quella della degenza breve (tre, quattro giorni al massimo), l’area per acuti, l’area delle terapie intensive e l’area della post-acuzie. Un modello che ormai costituisce un riferimento, ma che per essere applicato anche altrove necessita di un cambio di men-

talità. Ed è qui che il ruolo del sindacato ancora una volta si rivela fondamentale. Un’altra storia di eccellenza al servizio dei cittadini proviene da Treviso. In questo caso l’utenza di riferimento sono gli anziani e la struttura - anzi, le strutture in questione - fanno capo all’Israa (l’Istituto per Servizi di Ricovero e Assistenza agli Anziani) che complessivamente ospita circa 830 anziani, la maggior parte dei quali non autosufficienti. Quattro in tutto le residenze gestite dall’Istituto cui si aggiungono 32 mini-alloggi e, in prospettiva, la costruzione di una nuova struttura residenziale concepita secondo un modello più nordico che potremmo definire housing sociale. “Stiamo ragionando attorno ad una vecchiaia - precisa Aurora Uliana, direttrice della Casa Albergo dell’Israa - dove l’abitare, secondo alcuni concetti di universal design, di smart cities, di comunità solidale possa essere una prospettiva per il nostro futuro”. Tante le professionalità presenti all’interno dell’Istituto, e le iniziative di socialità proposte agli anziani in collaborazione con le associazioni presenti sul territorio. “Facciamo un lavoro di rete - spiega Franco Bernardi, delegato Fp Cisl -, molto spesso in collaborazione con l’Ussl ed a figure professionali come gli assistenti sociali, che ci ha permesso ad esempio di attivare un telefono d’accoglienza per quelle famiglie che si trovano in difficoltà con anziani affetti da patologie come l’alzheimer ed a creare un gruppo di sostegno che si reca all’interno delle abitazioni per dare un supporto o anche valutare una prospettiva di accoglienza quando necessario”.

Diceva un vecchio sindacalista Cisl che una società in cui gli anziani vivono bene, è una società in cui vivono bene tutti. Anche su questo il Veneto è un passo avanti agli altri.

E.C.