

Osservatorio sui sistemi sanitari

La situazione della Regione Veneto*

La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?

Giovanni Comazzetto**

1. Nella fase di elaborazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) alcune Regioni, tra cui il Veneto, hanno elaborato un Piano Regionale di Ripresa e Resilienza¹ (novembre 2020): nel caso del Veneto si trattava di una proposta articolata in tredici macro-progetti, uno dei quali riguardante la materia sanitaria. Questo, a sua volta, comprendeva cinque progetti, riguardanti perlopiù l'edilizia ospedaliera e il rinnovo e potenziamento della dotazione tecnologica sanitaria esistente.

2. Successivamente, alla luce di quanto previsto nel PNRR e nel Piano regionale, nonché delle proposte del Tavolo di partenariato per il PNRR e la programmazione generale (istituito a livello regionale), sono stati individuati sedici progetti strategici dettagliati in schede progettuali. Il progetto 12, denominato "Ospedale e territorio", riguarda la Missione 6 del PNRR e prevede in particolare le seguenti misure²:

- 1) interventi di sviluppo dell'attività sanitaria e sociosanitaria nelle strutture distrettuali mediante le Case di Comunità, il potenziamento delle Centrali Operative Territoriali e il completamento dell'attivazione degli Ospedali di Comunità;
- 2) interventi di miglioramento sismico, antincendio e funzionale di quattro strutture ospedaliere (Ospedale di Belluno, di Conegliano, di Cittadella e dell'edificio pediatria di Padova);
- 3) la digitalizzazione delle strutture ospedaliere HUB e Spoke e il rinnovo delle grandi attrezzature elettromedicali;

* Scritto predisposto dall'Autore per la Giornata di studio "La nuova sanità territoriale: realtà o illusione?" (Milano, 26 aprile 2023), promossa dall'Università Cattolica del Sacro Cuore a conclusione della seconda edizione del Corso di perfezionamento in "Organizzazione e gestione delle Case della Comunità" e nell'ambito del PRIN 2020 "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria dopo l'emergenza della pandemia".

** Assegnista di ricerca di Diritto costituzionale nell'Università di Padova.

¹ Il Piano regionale figura come allegato alla DGR n. 1529 del 17 novembre 2020.

² Regione del Veneto, *Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. I progetti strategici per il Veneto del futuro*, Allegato A alla DGR n. 296 del 22 marzo 2022, pp. 58-60.

4) il rafforzamento della componente di innovazione, tecnologia e sviluppo (ad esempio la telemedicina) in ambito sanitario.

3. Per quanto concerne l'effettiva assegnazione dei fondi, il decreto del Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 ha attribuito al Veneto, *ex multis*, risorse per la realizzazione o il completamento di novantuno (poi divenute novantacinque) Case della comunità, di quarantanove Centrali operative territoriali e trenta (poi trentacinque) Ospedali di comunità.

4. La deliberazione n. 368 dell'8 aprile 2022 della Giunta regionale ha preso atto delle risorse ad essa attribuite in qualità di soggetto attuatore (583 milioni di euro dal PNRR e dal PNC per investimenti relativi alla Missione 6, che arrivano a circa 704 milioni complessivi considerati i finanziamenti integrativi³) e approvato gli interventi che compongono il "Piano regionale in attuazione del PNRR – Missione 6 Componenti 1 e 2". Il 30 maggio 2022 è stato firmato il Contratto istituzionale di sviluppo tra la Regione e il Ministero della Salute.

5. Per quanto concerne i singoli interventi, occorre ricordare che in Veneto erano già presenti sessanta strutture qualificabili come Ospedali di comunità secondo un censimento effettuato nel 2021⁴, su centosettantasette complessivamente presenti in Italia (in una mappatura della Camera dei Deputati relativa all'anno 2020, per il Veneto si parla di sessantanove strutture aventi la qualifica di Ospedali di comunità e di millequattrocentoventisei posti letto disponibili⁵). L'attivazione degli Ospedali di Comunità era già prevista nelle schede di dotazione delle strutture sanitarie di cure intermedie approvate con Delibera della Giunta regionale n. 614 del 14 maggio 2019, successivamente modificate dalla Delibera n. 1107 del 6 agosto 2020.

Per quanto riguarda le misure connesse al PNRR riguardo agli Ospedali di comunità, ventidue dei trenta interventi previsti sono coerenti con la programmazione vigente; per cinque interventi si prevede una diversa dotazione di posti letto; per due interventi (Vicenza e Noale) è prevista una diversa collocazione in ambito aziendale; solo un intervento (Valdobbiadene) non è attualmente previsto in programmazione. Per quanto concerne invece le Case di comunità, l'obiettivo è di averne una ogni cinquantamila abitanti circa⁶.

³ DGR n. 287 del 21 marzo 2023, con aggiornamento al Piano regionale in attuazione del PNRR.

⁴ G. FATTORE, F. MEDA, M. MEREGAGLIA, *Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro*, Rapporto OASI 2021, Milano, 2021, p. 573.

⁵ *Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale*, 1 marzo 2021, reperibile all'indirizzo http://documenti.camera.it/leg18/dossier/pdf/AS0207.pdf?_1621701016559.

⁶ DGR n. 136 del 15 febbraio 2022, *Piano regionale di individuazione delle Case di Comunità e aggiornamento delle schede di dotazione degli Ospedali di Comunità in attuazione del PNRR - Missione 6 Componente 1 Investimento 1.1 e Investimento 1.3. Deliberazione n. 4/CR del 1 febbraio 2022*.

6. L'approvazione del Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 (*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*) ha determinato la necessità di valutare il fabbisogno di personale ai sensi della nuova assistenza territoriale “capillare”. La DGR n. 42 del 18 gennaio 2023 definisce in particolare le attività di analisi e monitoraggio delle dotazioni di personale in applicazione del d.m. 77/2022; ritiene fondamentale che aziende ed enti del servizio sanitario regionale valutino il ricorso alla riallocazione del personale assunto in via straordinaria durante il periodo pandemico.

Il processo di riorganizzazione dei servizi territoriali in adeguamento al suddetto decreto è tuttora in corso: il provvedimento che costituirà la declinazione tecnica e operativa degli aspetti programmatori e organizzativi della nuova rete territoriale assistenziale della Regione ha ottenuto il parere favorevole della Quinta Commissione del Consiglio regionale del Veneto, ma è in attesa di approvazione definitiva. Tra i provvedimenti connessi a quelli testé menzionati, figura la DGR n. 574 del 9 maggio 2023, che approva il piano operativo regionale per l'assistenza domiciliare.

7. Il problema delle risorse necessarie a finanziare il personale aggiuntivo rappresenta una questione di carattere generale, che trascende la situazione del Veneto. Secondo l'Ufficio Parlamentare di bilancio “si deve considerare che con l'aumentata dotazione di risorse dovranno essere affrontati anche altri oneri, oltre a quelli connessi con gli investimenti del PNRR, tra cui quelli che discenderanno dalla contrattazione collettiva del personale, compreso quello convenzionato, il cui ruolo sarà fondamentale per il concreto funzionamento dell'assistenza sanitaria territoriale. Vanno anche ricordati i costi legati all'erogazione generalizzata nelle Regioni dei nuovi LEA (DPCM 12 gennaio 2017) relativi all'assistenza ambulatoriale e protesica, qualora vengano finalmente approvate le nuove tariffe [...]. Inoltre, al momento il SSN deve fare fronte a ulteriori spese sia a seguito dell'elevata inflazione, in particolare con riguardo a utenze elettriche e riscaldamento, sia per il recupero delle prestazioni rinviate a seguito dell'emergenza sanitaria [...]. In conclusione, la coerenza del finanziamento corrente rispetto agli oneri previsti non appare completamente dimostrata e resta il dubbio che le risorse concesse per il SSN non siano sufficienti a coprire tutti i nuovi impegni attesi [...]”⁷.

⁷ Il testo così prosegue: “Come si è visto, si può nutrire qualche perplessità sull'entità delle stime, che in alcuni casi sembrano basate soprattutto sulla misura delle risorse disponibili: costi unitari del personale che appaiono a volte incoerenti; mancata copertura degli oneri delle strutture addizionali previste dal PNRR definitivo rispetto a quello presentato ad aprile; mancata valutazione delle spese per acquisti di beni e servizi; assunzione di livelli di intensità assistenziale mediamente contenuti per l'assistenza domiciliare, sia pure corrispondenti all'esperienza avanzata di alcune Regioni; limitata dotazione di personale per le terapie intensive [...]. Particolarmente critico appare il caso dell'assistenza domiciliare, una volta che i finanziamenti del PNRR saranno esauriti” (UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *Il PNRR e la sanità: finalità, risorse e primi traguardi raggiunti*, pp. 25-26, reperibile all'indirizzo https://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2022/08/Focus-4_2022_PNRR-salute.pdf).

8. Problema specifico e “strutturale” è invece la carenza di medici, soprattutto di medicina generale. In quest’ambito la pandemia ha aggravato le difficoltà preesistenti nell’assicurare la copertura assistenziale primaria territoriale. Di tale approccio emergenziale costituisce un esempio la DGR n. 8 del 4 gennaio 2022, che consente ai medici di medicina generale, su base volontaria, di aumentare il massimale di scelte individuali a milleottocento unità. Nella stessa direzione si muove la legge regionale 27 maggio 2022, n. 12 (impugnata dallo Stato davanti alla Corte costituzionale), che prevede, tra le altre cose, la possibilità di un aumento del massimale nelle convenzioni concernenti gli incarichi temporanei di assistenza primaria assegnati ai medici iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale (articolo 12), e consente ai laureati in medicina e chirurgia abilitati, anche durante la specializzazione, di prestare attività di supporto presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del SSN.