



REGIONE DEL VENETO

Origini e storia del Sistema Socio Sanitario regionale

Segreteria Regionale per la Sanità
Direzione Controlli e Governo SSR

Responsabilizzazione e autonomia: perché oggi si parla di Sistemi Sanitari regionali

La nascita e l'evoluzione del Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto sono caratterizzate da un'incessante stratificazione normativa, nella quale sono rilevabili alcune tappe fondamentali. In tal senso l'origine di una graduale responsabilizzazione dell'Ente Regione in ambito sanitario non può che essere ricercata, nel nostro caso, nell'istituzione delle Regioni a Statuto Ordinario, che avviene con la Legge 16 maggio 1970, n. 281. Su quelle basi, l'anno successivo viene approvato lo Statuto della Regione del Veneto, con la legge regionale 22 maggio 1971, n. 340. Nel testo dello stesso, all'articolo 4, si può leggere, tra l'altro, che: "(...) *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 (...)*". Quindi, **sin da tale fase, definibile come *prodromica***, viene in evidenza un approccio finalizzato all'integrazione tra il sociale ed il sanitario. Questo indirizzo matura e prende contorni più definiti negli anni immediatamente successivi all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ovvero dopo l'entrata in vigore della Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Ma è solo con il riordino determinato dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e le successive modifiche ed integrazioni apportate dal Decreto Legislativo 17 dicembre 1993, n. 517 che il "Sistema" assume una sua forma compiuta. La concreta applicazione dei principi di *regionalizzazione* e *aziendalizzazione*, di cui queste due norme sono portatrici, conducono all'approvazione, nel 1994, di due leggi regionali di fondamentale importanza: la legge regionale 14 settembre 1994, n. 55, con la quale vengono definiti gli strumenti e le modalità della programmazione, le modalità e le fonti di finanziamento delle Aziende Sanitarie, nonché il loro assetto contabile, gestionale e di controllo e la legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 che individua e delinea l'impianto organizzativo del Sistema Sanitario Regionale. All'articolo 8 di quest'ultima legge regionale si dichiara: "1. *La Regione persegue l'integrazione delle politiche sanitarie e sociali e promuove la delega della gestione dei servizi sociali da parte dei Comuni alle Unità Locali Socio-Sanitarie, anche prevedendo specifici finanziamenti, con le modalità definite dal Piano Regionale Socio-Sanitario.*

2. *La Regione persegue altresì l'integrazione delle attività svolte da soggetti pubblici e privati sia all'interno del Comune sia a livello intercomunale in ambiti territoriali corrispondenti a quelli definiti per le nuove Unità Locali Socio-Sanitarie. Il principale strumento di integrazione, per tale finalità, è rappresentato dai Piani di Zona dei Servizi Sociali che vengono elaborati ed approvati dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'Unità Locale Socio-Sanitaria coincida con quello del Comune o dalla Conferenza dei Sindaci, con le modalità previste dal Piano Socio-Sanitario Regionale*".

Quanto abbiamo sin qui enunciato attesta l'esistenza di alcuni elementi costituenti specifici del Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto:

- un orizzonte ideale ispirato ad una visione della salute quale *stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente assenza di malattia o infermità* (rispondente agli orientamenti più volte espressi dall'Organizzazione Mondiale della Sanità);
- un *modus operandi* che vede il raggiungimento del maggior livello di salute possibile come un risultato sociale estremamente importante, la cui realizzazione richiede il contributo di una pluralità di attori;
- una struttura organizzativa che si differenzia dalle altre Regioni nella macrostruttura, così come in ambito aziendale, non solo nominalmente (Aziende ULSS in luogo di ASL) ma anche materialmente con la presenza di un Direttore dei Servizi Sociali in ogni Azienda ULSS (sul territorio nazionale normalmente si hanno un Direttore Generale, un Direttore Sanitario ed un Direttore Amministrativo);
- una conseguente capacità di risposta ai bisogni della popolazione non limitata solo a problemi di tipo esclusivamente sanitario ed un'interazione costante con gli Enti locali e con gli altri soggetti che si relazionano con il Sistema;
- l'assoluta prevalenza di strutture pubbliche a fronte della capacità di stabilire virtuosi rapporti di collaborazione con i privati attivi negli ambiti sanitario, socio sanitario e sociale.

Dopo questa **seconda fase, definibile come *istitutiva***, si realizzano ulteriori provvedimenti rilevanti che dal livello nazionale si riflettono a cascata sulle Regioni. Il primo è l'entrata a regime, a partire dal 1995, del sistema di classificazione e remunerazione delle prestazioni basato sui Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi (DRG). Non è qui il caso di approfondire una tematica particolarmente complessa. Basti sapere che ogni ricovero viene collegato al rispettivo DRG (l'acronimo significa Diagnosis Related Groups secondo la dicitura statunitense). Sulla base di un'articolata classificazione le prestazioni sanitarie sono quindi remunerate in corrispondenza alle tariffe determinate a livello regionale. La Regione del Veneto è sin dalla prima applicazione (1993) in campo nell'applicazione di questi criteri tariffari che favoriscono l'efficienza e la razionalizzazione delle risorse.

L'approvazione del Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 recante le "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", segna poi l'inizio del terzo ciclo delle riforme che hanno interessato la Sanità nel nostro Paese. I principi di regionalizzazione e aziendalizzazione vengono ulteriormente rafforzati e trovano il Veneto in posizioni avanzate rispetto a gran parte delle altre Regioni italiane.

Con il Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 si concretizza un primo abbozzo di federalismo fiscale, mentre il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre

2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002, provvede a definire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire a tutti gli assistiti del Servizio Sanitario Nazionale.

I provvedimenti applicativi esplicitati con specifiche Delibere della Giunta Regionale del Veneto si pongono a completamento di un Sistema Socio Sanitario, la cui qualità è riconosciuta in ambito nazionale così come nel contesto internazionale. Non bisogna peraltro dimenticare la trasformazione sul piano istituzionale di cui è stato oggetto il nostro Paese con la Legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 e la conseguente riforma del Titolo V della Costituzione.

In questa **ulteriore fase, definibile come quella della maturità**, si pongono le basi per individuare le "chiavi di accesso" al Sistema e per articolare i processi necessari al suo mantenimento e miglioramento. I fondamenti della Qualità, presenti da molto tempo nella realtà veneta, entrano quindi ufficialmente a far parte della dialettica Regione/Aziende Sanitarie e Management aziendale/Strutture interne. Il tutto viene sancito con la legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 che sancisce l'individuazione dei requisiti indispensabili all'autorizzazione all'esercizio ed all'accreditamento istituzionale. Con la prima locuzione si intende un procedimento che, se giunto a buon fine, consente di svolgere attività negli ambiti sanitario, socio sanitario e sociale. Con la seconda si definisce una procedura che, se conclusa positivamente, permette di poter accedere alla possibilità di svolgere tali attività per conto del Servizio Sanitario Regionale. Ma ancora ciò non basta e le deliberazioni che seguono configurano una prospettiva con al vertice l'accreditamento di eccellenza secondo standard internazionali. Non si tratta di mere ipotesi, ma di concrete realtà in alcune Aziende Sanitarie del Veneto che fanno da "apripista" (Azienda ULSS 9 Treviso e Azienda ULSS 1 Belluno).

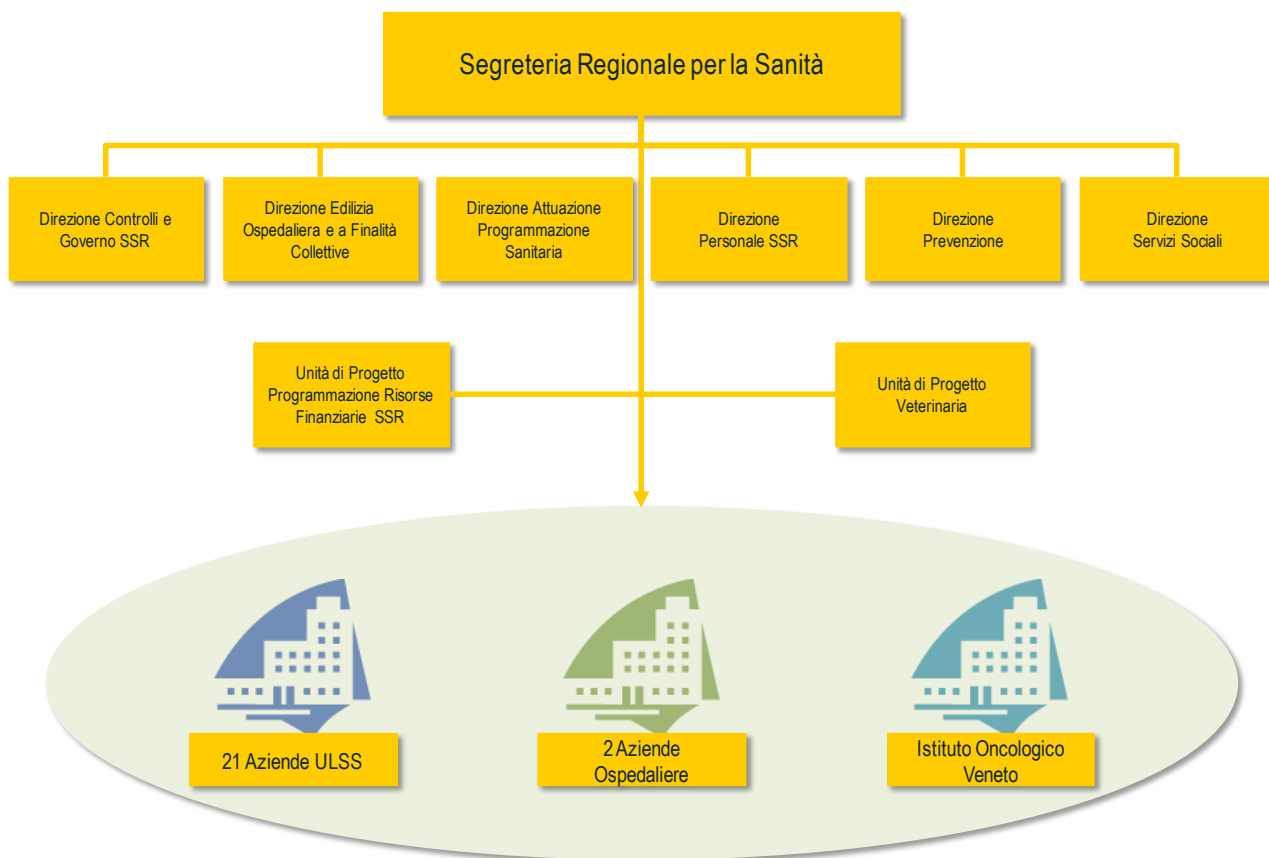
Un ulteriore arricchimento proviene da uno specifico progetto, attivato nel 2004, inerente l'analisi e la valutazione del livello di umanizzazione dei servizi socio sanitari erogati dalle Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto.

Nel successivo quinquennio **si entra quindi nella fase che possiamo definire come adattativa/evolutiva**. La ripartizione delle competenze tra i diversi livelli di governo e l'intensificarsi dei rapporti Stato-Regioni, con l'affinamento delle procedure di verifica e controllo sono stati segnati in questo periodo da altri fattori, che qui è indispensabile riprendere. Uno snodo importante è rappresentato dall'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che pone in capo alle Regioni obblighi stringenti finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario, mantenendo nel contempo i livelli essenziali di assistenza¹. Possiamo altresì citare sinteticamente: a) la definizione, il 27 giugno 2006 da parte del Ministero della Salute, di un quadro di principi fondamentali contenuti nel documento denominato "Un New Deal della Salute"; b) la sottoscrizione, il 28 settembre 2006, del "Patto per la Salute" tra il Governo e le Regioni, con lo scopo di mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al

¹ Gli accordi Stato-Regioni da citare sarebbero molti, ma quello indicato è forse il più rilevante.

tempo stesso ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica; c) la Legge 5 maggio 2009, n. 42 recante: "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione"; d) la sottoscrizione, il 29 ottobre 2009, del nuovo "Patto per la Salute" tra il Governo e le Regioni, che impegna queste ultime ad "assicurare l'equilibrio finanziario della gestione in condizioni di efficienza e appropriatezza"². Su queste basi ed in relazione ai conseguenti vincoli, la Regione del Veneto ha incentrato la propria politica su un più efficace ed efficiente controllo della spesa, a fronte del mantenimento e miglioramento della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate ai cittadini.

L'attuale struttura organizzativa di governo del Sistema Socio Sanitario



Il percorso delineato prevede una crescente responsabilizzazione delle Aziende Sanitarie ed una maggiore equità distributiva delle risorse disponibili, mediante la determinazione dei costi standard. Al proposito, fin dal 2007, è stato istituito un comitato tecnico-scientifico permanente che opera in collaborazione con il Centro Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza

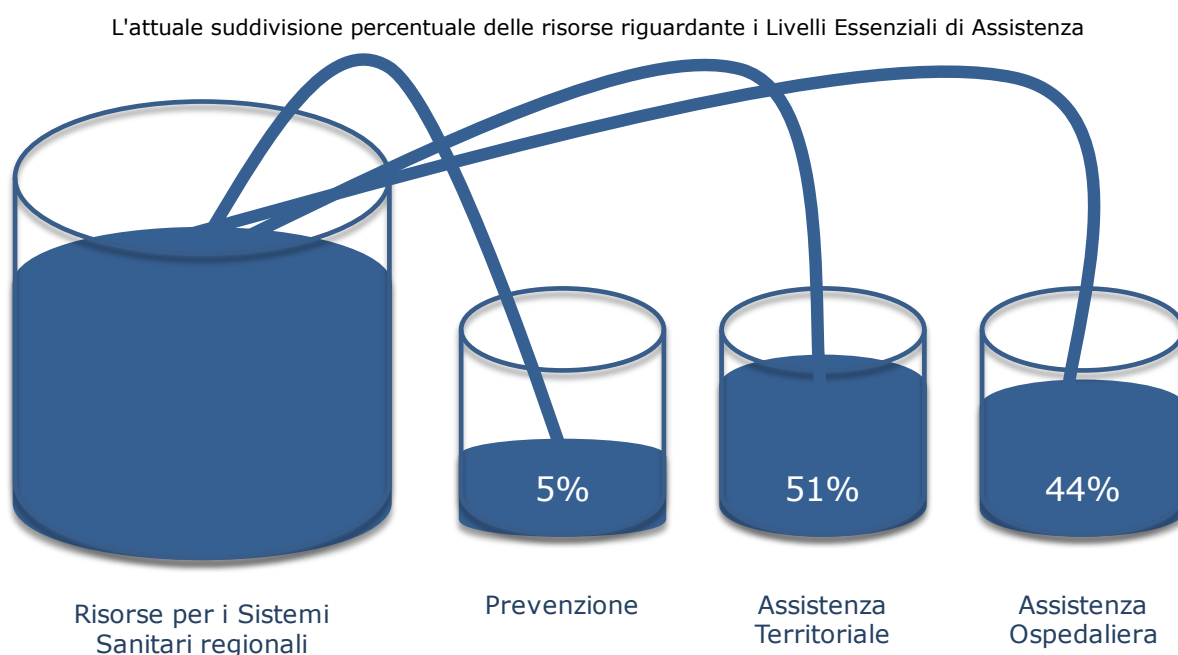
² Il Patto per la Salute è infatti un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale, finalizzato a migliorare la qualità dei servizi, a promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e a garantire l'unitarietà del sistema. Fino ad oggi ne sono stati siglati due (triennio 2006-2009 e triennio 2010-2012). Attualmente è in corso il confronto per la sottoscrizione del nuovo Patto per la Salute 2013-2015.

Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi di Milano. Da questo punto di vista, già con il riparto 2009 sono state esplicitate quelle innovazioni che danno avvio ad un cammino di progressivo avvicinamento a quella che sarà la realtà legata al federalismo fiscale. Per tali ragioni, nel biennio 2010-2011, la Regione del Veneto ha ritenuto indispensabile sviluppare un percorso di analisi e ridefinizione dei criteri di riparto delle risorse. In tal senso attualmente risulta fondamentale verificare la percorribilità di due linee sperimentali su cui articolare il sistema di finanziamento: a) per le Aziende ULSS il finanziamento su quota capitaria costruito prevalentemente su standard di costo; b) per le Aziende Ospedaliere e l'IRCCS-IOV il finanziamento prevalentemente per funzioni, finalizzato alla ricerca di una maggiore appropriatezza e coerenza con la programmazione del sistema di offerta.

L'altro fronte in cui si esplicita la politica regionale è quello degli investimenti, in cui sono state migliorate le procedure di esame, valutazione e autorizzazione, con riguardo all'edilizia sanitaria ed i grandi macchinari. In tale ambito rientrano anche l'innovazione e la valorizzazione del patrimonio e le diverse forme assunte dal partenariato pubblico-privato. Completano il quadro, la gestione centralizzata degli acquisti, lo sviluppo del Sistema Informativo Socio Sanitario ed il perfezionamento dei controlli sui bilanci.

Ora, tornando ai nostri riferimenti iniziali, nel dicembre 2008 è stato celebrato il trentennale dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Dalla Legge 23 dicembre 1978, n. 833 che sanciva quella nascita, il nostro Paese è cambiato enormemente. La Regione del Veneto si propone da questo punto di vista come una realtà che è stata in grado in questi trent'anni di trovare soluzioni equilibrate, fondate su un modello virtuoso di integrazione socio sanitaria. Infatti, il sistema di erogazione dei servizi, nel riprodurre l'articolazione prevista dalle norme nazionali (Prevenzione, Assistenza Distrettuale, Assistenza Ospedaliera), si esplicita in un approccio unitario alla persona ed ai suoi bisogni. Si configura perciò una forma di interazione continua e sistematica con tutti gli attori che nel territorio regionale contribuiscono o sono coinvolti nell'insieme degli interventi. Ecco allora che il processo di pianificazione e programmazione tende sempre più al superamento di una visione ospedale-centrica. Nell'organizzazione operativa che ne risulta la residenzialità ospedaliera ed extraospedaliera sono elementi di una rete assistenziale e sociale caratterizzata dalla "presa in carico" e dalla continuità. L'assistenza domiciliare e le prestazioni ambulatoriali, uniti ad una ridefinizione della Medicina delle Cure Primarie, sono gli altri aspetti che consentono di affrontare un fronte dei bisogni sempre più esteso e complesso. La Regione del Veneto ha operato questa scelta da lungo tempo, tant'è che una delle principali peculiarità del Sistema Socio Sanitario regionale è l'integrazione socio sanitaria. Secondo un'ottica prestazionale, l'evoluzione del Sistema stesso procede verso la diversificazione del sistema d'offerta della rete dei servizi ed una maggiore elasticità e capacità di adattamento alle reali esigenze della popolazione. Tale processo vede

una molteplicità di soggetti coinvolti, istituzionali e non. Questo sistema di erogazione dei servizi si interfaccia e si completa con le attività di fondamentale importanza dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta. I servizi che caratterizzano una forte integrazione socio sanitaria, qual è quella esistente nel Veneto, richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. L'assistenza territoriale e le cure primarie sono dunque i due principali profili di sviluppo per affrontare le nuove sfide che ci attendono.



Le sfide del presente e del futuro:

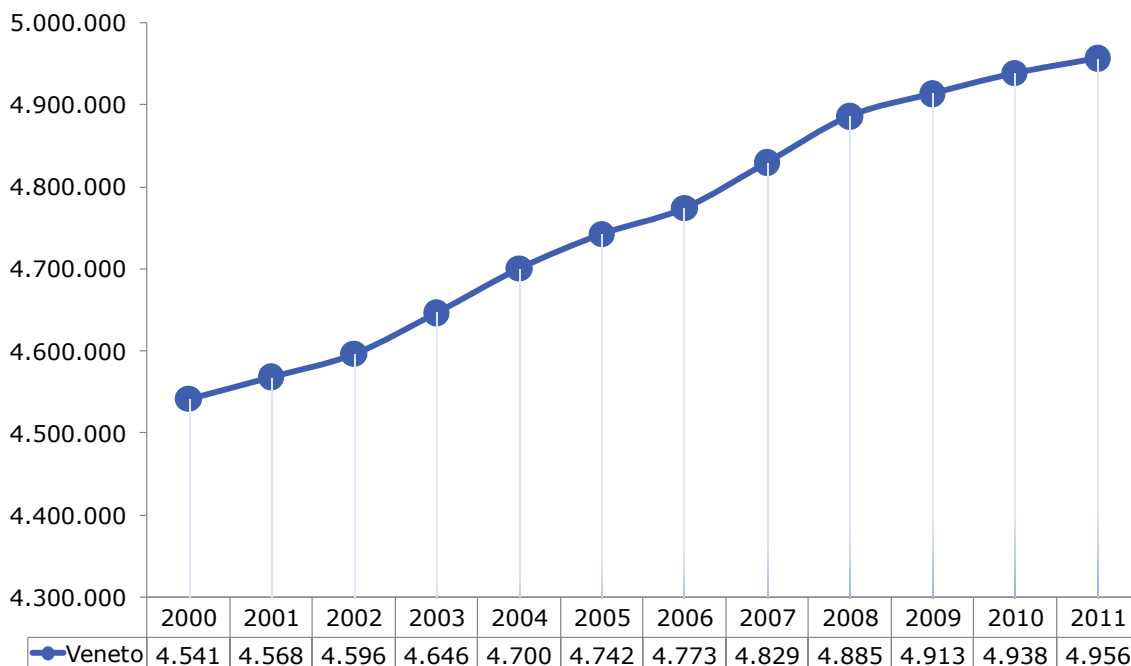
fronte dei bisogni sempre più esteso e scarsità di risorse

Sappiamo che il fronte dei bisogni è sempre più esteso rispetto a risorse sempre più scarse. Dall'invecchiamento della popolazione agli imponenti flussi migratori, per citarne solo alcuni, gli elementi cui prestare attenzione non sono pochi. Vi sono poi aspetti che attengono alle necessità strutturali, ai mutamenti organizzativi determinati anche da un diverso modo di porsi di fronte alla professione medica ed infermieristica, all'evoluzione tecnologica e al governo della spesa. In tale contesto possiamo approfondire brevemente alcuni fattori come maggiormente incidenti nelle dinamiche del Sistema Socio Sanitario.

Il primo fattore da considerare è la "numerosità". La popolazione residente nelle Aziende ULSS è in aumento. Continua infatti il rapido e progressivo processo di avvicinamento ad un valore pari a 5 milioni di persone. Dal 2001 al 2011 assistiamo infatti ad un incremento medio

annuo della popolazione residente nelle Aziende ULSS di circa 38 mila unità. L'incremento demografico è costante e di dimensioni rilevanti e sottopone il personale delle Aziende Sanitarie ad un notevole sforzo ed l'impegno per fornire servizi e prestazioni sanitarie, socio sanitarie e sociali alla popolazione del Veneto.

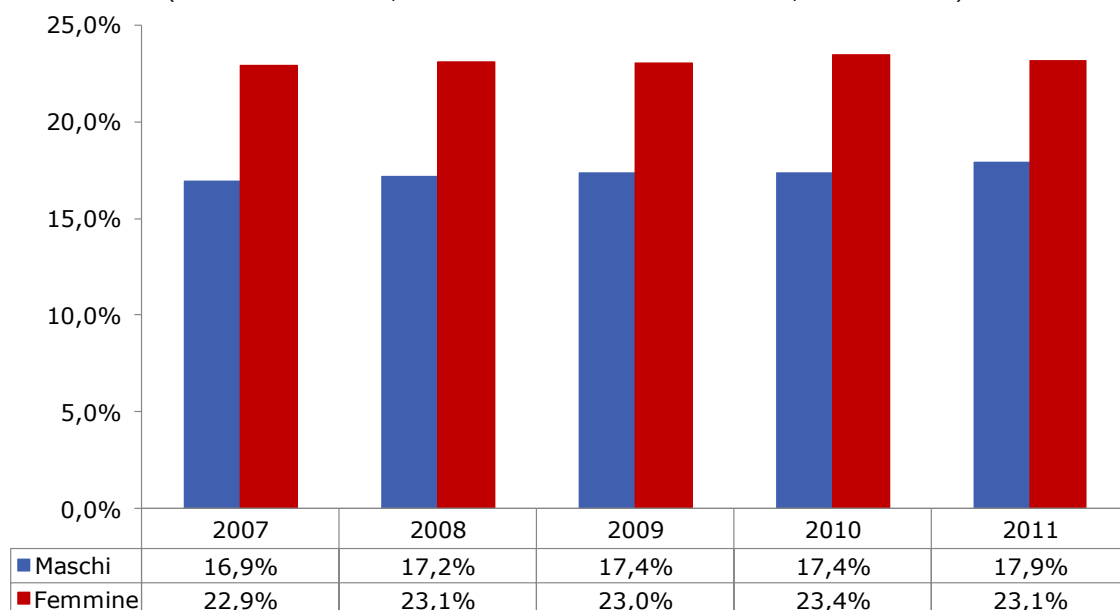
Popolazione residente nelle Aziende ULSS del Veneto in migliaia
(Veneto 2000-2011 - Fonte: Aziende ULSS)



* 2011: dati non definitivi

Anagrafe assistiti: percentuale persone di età uguale o superiore ai 65 anni di età per sesso nel Veneto. Anni 2007-2011

(Maschi di età >65 anni/Totale Maschi - Femmine di età >65 anni/Totale Femmine)



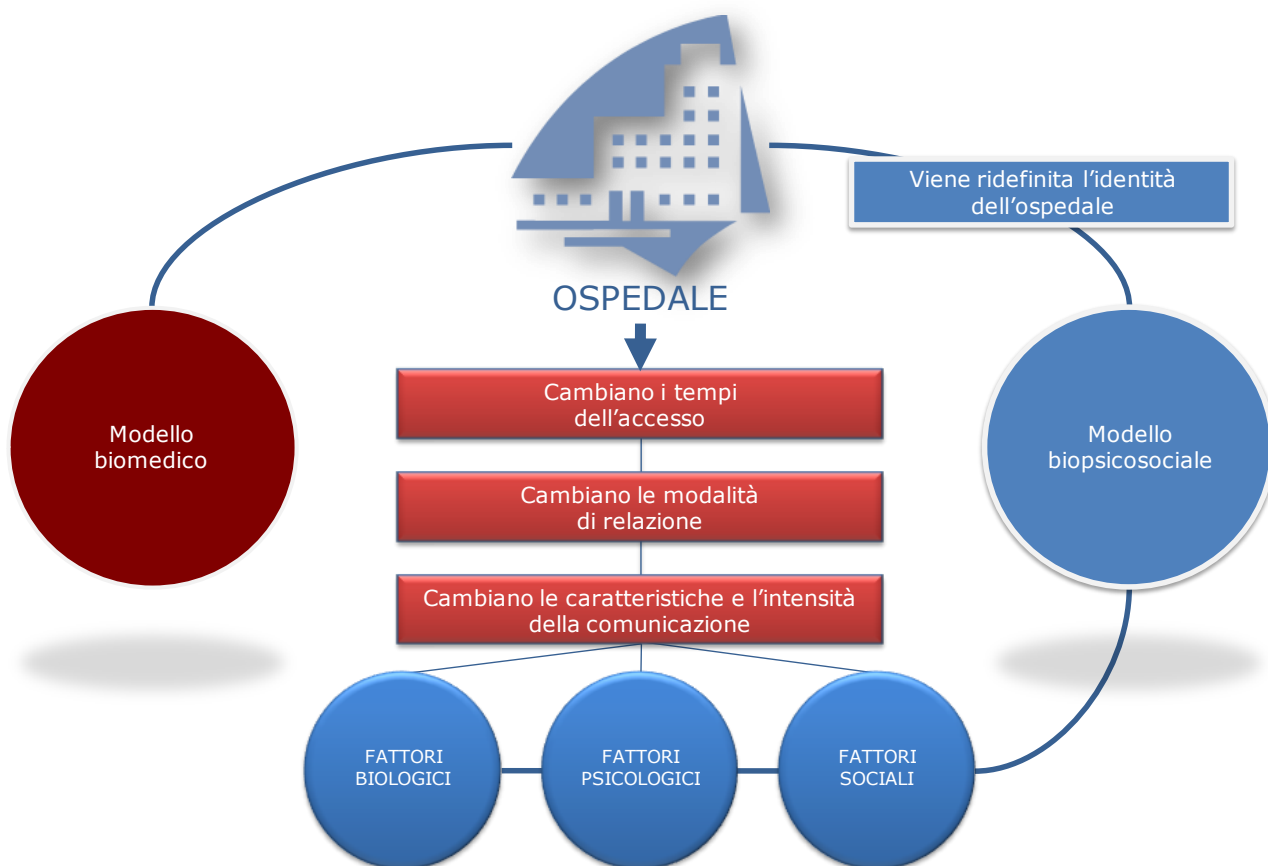
Il secondo fattore è rappresentato dalla "composizione" della popolazione e dalla presenza di persone di età avanzata. Oggi un'età pari a 65 anni viene considerata ancora di piena efficienza fisica e mentale. Tuttavia, anche in buone condizioni di salute i cittadini e le cittadine a partire da questa età sono sicuramente caratterizzati da un maggior numero di controlli clinici programmati (come gli screening) o volontari. Inoltre, mano a mano che l'età avanza i bisogni sanitari si intensificano. Se la condizione socio-economica è connotata da uno stato di disagio, si aggiungono anche necessità di tipo socio sanitario e sociale. Tutto ciò rappresenta un ulteriore carico per il Sistema Socio Sanitario Regionale. Ad esempio, per comprendere l'incidenza di questa macro-fascia di età sull'insieme dei bisogni sanitari, basta osservare la percentuale di dimissioni e di giornate di degenza "occupate" da persone di età pari o superiore ai 65 anni. Ciò si riflette anche sul territorio con il progressivo aumento delle necessità di dimissioni protette, assistenza domiciliare e di servizi correlati.

Il terzo fattore è costituito dagli effetti dei flussi migratori. Nel 2010 i nati stranieri sono stimati in circa 10.000. Con tale numero, nel 2010 gli stranieri hanno rappresentato oltre il 21% dei nati in Veneto. Se consideriamo la quota di nati da almeno un genitore straniero (considerando dunque anche i nati con cittadinanza italiana perché figli di un genitore italiano e di un genitore straniero) si sale ad oltre il 25% dei nati. L'apporto degli stranieri spiega pressoché completamente la dinamica di incremento dei nati in Veneto osservata nell'ultimo decennio. Il numero medio di figli per donna (o tasso di fecondità totale) è pari in Veneto nel 2010 a 1,29 per le italiane e a 2,22 per le straniere, mentre in Italia rispetto alla nostra Regione i corrispondenti valori sono più alti per le italiane (1,32) e più bassi per le straniere (2,11). L'immigrazione incide sulle attività delle Aziende Sanitarie con bisogni particolarmente complessi di natura socio-culturale (pensiamo in proposito a patologie tipiche dell'area di provenienza, ai diversi approcci alla malattia ed ai problemi di comunicazione). La popolazione immigrata si caratterizza per un'età media bassa. La fascia in cui si rilevano i numeri più elevati è intorno ai 30 anni di età.

Il quarto fattore è individuato dalle necessità strutturali. Da tempo la Regione del Veneto ha sviluppato un processo di individuazione degli interventi in materia di edilizia sanitaria e grandi macchinari che comprende la proposizione dei progetti, la loro selezione, il successivo finanziamento e la loro realizzazione. La ridefinizione ed il potenziamento della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE) si colloca nel segno del miglioramento continuo di questo processo. L'11 dicembre 2009 ed il 22 marzo 2012 sono stati sottoscritti il quarto ed il quinto Accordo di programma integrativo fra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Veneto finalizzati alla riqualificazione della rete ospedaliera, alla riorganizzazione di ospedali esistenti e all'adeguamento normativo ai requisiti minimi. Al 31/03/2012 risulta utilizzato il 95,8% dei finanziamenti messi a

disposizione per complessivi 210 interventi. Ciò si colloca nel disegno organico di riqualificazione promosso dalla programmazione regionale.

Il quinto e ultimo fattore che qui consideriamo è il cambio di paradigma che caratterizza la professione medica e più in generale i professionisti della salute. Il modello biomedico identifica la malattia rispetto a precisi parametri biologici, classificabili con segni e sintomi e analizzabili secondo i rigorosi canoni³. Negli anni Ottanta, a seguito di un articolo dello psichiatra statunitense George Libman Engel, apparso sulla Rivista Science nel 1977, si sviluppa un dibattito che porta gradualmente ad una riflessione e ad un mutamento.



Engel proponeva di superare il modello biomedico, centrato sui soli aspetti biologici della malattia, per costruire un nuovo modello di medicina, da lui definito biopsicosociale, secondo il quale ogni condizione di salute o di malattia è conseguenza dell'interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali. Si esce quindi da una visione deterministica (se esiste il sintomo A correlato a esami clinici con determinati valori, allora siamo in presenza della malattia B) per accogliere un approccio in cui la persona è considerata nella sua globalità. In questo cambiamento culturale di grande rilievo incidono senza dubbio:

³ Liberati G., *La medicina delle prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.

- gli orientamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che solennemente definisce la salute *come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto in un'assenza di malattia o di infermità* (la prima definizione è del 1948 ed è stata più volte ribadita in seguito, ad esempio con la Conferenza Internazionale sull'assistenza sanitaria primaria svoltasi ad Alma Ata nel 1978 e con la Carta di Ottawa per la Promozione della Salute del 1986);
- i principi di umanizzazione e personalizzazione delle cure promossi con l'articolo 14 Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Per quanto concerne gli effetti di questo cambio di paradigma, emergono nuove esigenze organizzative, onde sviluppare processi di cura a diversa intensità assistenziale centrati sulla persona, e necessità formative per i professionisti della salute finalizzate ad acquisire maggiori competenze comunicativo-relazionali.

In conclusione, tutti i fattori enunciati vanno ad alimentare un fronte dei bisogni sempre più ampio. A ciò si aggiunge l'attuale, rilevante, questione delle risorse, oggetto di confronto tra Stato e Regioni. Da questo punto di vista, si è al momento convenuto sull'opportunità di far procedere insieme la discussione sul nuovo Patto per la Salute con quella relativa alle risorse finanziarie. La Regione del Veneto ha in questo contesto un ruolo di primo piano, con il **coordinamento della Commissione Sanità della Conferenza delle Regioni**. In tal senso, nonostante la fase critica sono stati individuati otto argomenti ritenuti prioritari per il Patto per la Salute 2013-2015 e contestualmente sono stati avviati i rispettivi tavoli di confronto ed elaborazione. Le tematiche sono le seguenti:

- Prima: continuità assistenziale e integrazione socio-sanitaria;
- Seconda: piani di riqualificazione, riorganizzazione assistenziale e di rientro dal disavanzo;
- Terza: investimenti per l'adeguamento tecnologico e relative tasse di scopo;
- Quarta: rapporti Università – Servizio Sanitario Nazionale (SSN);
- Quinta: regole e requisiti per l'erogazione delle prestazioni;
- Sesta: personale e professioni sanitarie;
- Settima: Livelli Essenziali di Assistenza (LEA);
- Ottava: flussi informativi sanitari.

Da tale elenco si può comprendere come il tema dell'Assistenza Territoriale (primo punto) sia oggi di assoluta importanza non solo per ragioni attinenti alle dinamiche nazionali ma anche per le caratteristiche assunte dal nostro Sistema Socio Sanitario (integrazione socio-sanitaria). **Il Sistema Socio Sanitario Veneto entra dunque nella fase del cambiamento e delle opportunità** seguendo coerentemente il suo percorso storico con il Piano Socio Sanitario 2012-2016 recentemente approvato (Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23 recante: "Norme

in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016").

La prospettiva: sussidiarietà e orizzonte di prossimità

L'evoluzione da un Sistema accentrato ad un Sistema policentrico, che vede le Regioni protagoniste, trova il Veneto nelle posizioni più avanzate in ambito Socio Sanitario. Oggi, sulla base della proposta di Piano Socio Sanitario 2012-2016 il Sistema Socio Sanitario regionale sostanzia quattro principi fondamentali:

- l'universalità ossia l'essere rivolto a tutta la popolazione di riferimento;
- l'equità ossia la garanzia di una uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento di obiettivi di salute individuali e nella garanzia di uniformità delle prestazioni sul territorio regionale;
- l'umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria;
- l'integrazione socio-sanitaria⁴.

Le parole chiave da questo punto di vista sono: a) responsabilizzazione; b) migliori pratiche; c) rigore gestionale; d) qualità dell'assistenza.

Con i nuovi indirizzi della programmazione regionale, oltre a quanto si è posto sommariamente in evidenza precedentemente, si intende valorizzare una visione imperniata sulla coesione sociale e sulla responsabilizzazione diffusa, guidando i percorsi e le risorse spesso informali e spontanee in una logica di sistema. In quest'ottica il sistema di welfare vede una forte presenza delle istituzioni pubbliche, titolari e responsabili delle funzioni socio-sanitarie, garanti della programmazione e dell'attuazione di servizi ed interventi assistenziali, fortemente partecipati da tutti gli attori della società civile (famiglie, organizzazioni sindacali e datoriali, terzo settore). La tenuta della rete sociale, fatta da relazioni parentali, amicali, solidaristiche e di volontariato, costituisce un elemento di stabilità e di identificazione del tessuto veneto, sostenuto da profondi e radicati valori etico-sociali. Da questo punto di vista il Piano Socio Sanitario, rappresenta prima di tutto, un Patto con la Comunità locale: l'integrazione istituzionale viene allora ad allargarsi, coinvolgendo anche i soggetti non istituzionali nella creazione di una "partnership di comunità"⁵. La Regione stessa entra allora in un orizzonte di prossimità, in cui attraverso relazioni virtuose si riesce a rispondere in maniera ancora più efficace ed efficiente ai bisogni dei cittadini.

Perciò, le caratteristiche del Sistema Socio Sanitario che abbiamo sin qui brevemente richiamato, oltre ad essere motivo di orgoglio, attestano come l'approccio utilizzato per cogliere nuove opportunità dalle sfide attuali, non può che poggiare su solide e rigogliose radici.

⁴ Pagina 44 del Piano Socio Sanitario 2012-2016.

⁵ Pagina 49 del Piano Socio Sanitario 2012-2016