



INTERSINDACALE DELLA DIRIGENZA
MEDICA E VETERINARIA DEL VENETO

ANAAO ASSOMED - CIMO ASMD -
ANPO - CGIL Medici - CISL Medici -
CIVEMP (SIMET-SIVEMP) -
FEDERAZIONE Medici (ad. UIL FPL) -
FESMED - UMSPED (AAROI-AIPAC-SNR)

**Le osservazioni dei Dirigenti
Medici e Veterinari alla
proposta di Piano Socio
Sanitario Regionale del Veneto
2007 – 2009**

ottobre 2007

Premessa

Il Piano Socio Sanitario, nell'intenzione del Legislatore, costituisce lo strumento tecnico-politico di programmazione con il quale si individuano gli obiettivi strategici di salute da perseguire, le azioni necessarie al loro raggiungimento, gli strumenti per la loro realizzazione e gli attori del sistema.

Costituisce inoltre il terreno fondamentale di mediazione tra i principi etici che devono governare il diritto alla salute, gli aspetti tecnici finalizzati a soddisfare tale diritto e la compatibilità economica.

Tale principio è oggi ancor più cogente per i PSS Regionali in seguito al cambiamento del Titolo V° della Costituzione con il quale è stata accentuata la potestà legislativa ed organizzativa in ambito sanitario delle Regioni, nel rispetto del dettato costituzionale e della legislazione nazionale di indirizzo, al fine di dare risposte più adeguate alle specificità sociali e territoriali delle stesse.

In considerazione dei principi sopra esplicitati e della particolare sensibilità ed attenzione in ambito sanitario presenti nel Veneto, **il PSSR costituisce uno strumento troppo importante per essere limitato ad una semplice elencazione di alcuni principi ed obiettivi generali** senza una analisi precisa e realistica della situazione sanitaria regionale e delle criticità esistenti.

Dovere dei professionisti medici dirigenti del SSR e dei loro organi associativi ed istituzionali è quello di dare un contributo tecnico all'elaborazione del PSSR finalizzato alla correzione ed al miglioramento della proposta, mediante una critica costruttiva mirante a dare soluzioni concrete e non velleitarie e ad innovare il modello sanitario regionale esistente.

L'attenta lettura della proposta di PSSR permette di evidenziare difetti di impostazione ed insufficienze tecniche importanti che limitano la sua potenzialità di strumento e la sua capacità di suggerire obiettivi ed azioni concreti, realmente rispettosi dei vincoli tecnici, finalizzati al raggiungimento delle esigenze di salute della popolazione.

Tali difetti ed insufficienze, altrimenti definibili come criticità, sono ancor più gravi se si tiene conto del grave ritardo, quasi 12 anni, con cui viene presentata la proposta.

Le criticità generali più importanti rilevate nel PSSR verranno esposte di seguito come **osservazioni generali** e successivamente verranno analizzate alcune criticità particolari come **osservazioni specifiche**.

Osservazioni generali

- a) **La comparazione dell'attuale modello sanitario Veneto con quello ipotizzato a livello nazionale e con quelli attuati nelle altre Regioni non viene effettuata.**

Nella proposta di PSSR è assente una valutazione approfondita della validità delle scelte organizzative in rapporto ai principi sanciti dal Legislatore nazionale e manca qualsiasi traccia di comparazione con quanto fatto in altre realtà regionali simili a quella veneta.

In un mondo che tende alla globalizzazione ed al superamento delle frontiere non si possono evitare i confronti con gli altri modelli attuati e non si possono basare le scelte organizzative in ambito sanitario sul principio narcisistico dell'autoreferenzialità.

- b) **Il progetto di politica sanitaria con il quale si tenta di interpretare il mutare dei bisogni sanitari reali della popolazione (a fronte di un progresso prevedibile della tecnologia e dei cambiamenti della società) non appare chiaro.**

Il PSSR è uno strumento programmatico che, per poter assolvere nel migliore dei modi ai suoi compiti, dovrebbe essere supportato da un progetto di politica sanitaria. Progetto che dovrebbe ipotizzare quale possa essere la logica evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale e dei bisogni sanitari importanti della società nel medio-lungo termine.

In tal modo non si creerebbero condizioni di discontinuità fra le diverse azioni programmatiche succedentesi nel tempo, ma queste costituirebbero invece le successive tappe di un unico percorso, con i necessari aggiustamenti ed indipendentemente dai mutamenti degli scenari politici.

- c) **La visione economicistica, mirante al contenimento della spesa sanitaria, prevale insieme agli obiettivi di bilancio e relega in secondo piano la ottimizzazione del rapporto costi-benefici.**

Il governo della spesa sanitaria è sicuramente uno degli strumenti fondamentali per favorire la dimensione universalistica del Servizio Sanitario Pubblico e, come tale, costituisce uno degli obiettivi importanti da perseguire. Non può e non deve però costituire la ratio fondamentale su cui basare le scelte di programmazione sanitaria.

Le aziende sanitarie, infatti, **sono aziende etiche** il cui prodotto fondamentale è la "salute" e devono rispondere prioritariamente ai principi, ormai universalmente accettati, dell'"etica delle organizzazioni".

Non devono pertanto produrre guadagni ma al massimo pareggio di bilancio, a patto che gli obiettivi di salute (Livelli Essenziali di Assistenza), comunque prioritari, lo consentano. Inoltre, la proposta dovrebbe chiarire se il SSR intenda o meno garantire la gratuità di prestazioni eccedenti i LEA ovvero se, invece, il cittadino dovrà aumentare la propria spesa sanitaria privata oltre il livello attuale (circa il 25% del totale).

- d) **La gran parte delle analisi e la maggior parte delle proposte sono generiche ed in alcuni casi superficiali.**

Non è opportuno limitarsi ad una semplice descrizione dei problemi, spesso senza proporre almeno un tentativo di analisi delle cause che li hanno generati e che li alimentano.

Né tanto meno fare, frequentemente, una semplice **elencazione generica** degli obiettivi da perseguire e delle azioni generali da intraprendere, **rimandando la scelta** delle azioni specifiche e degli strumenti da utilizzare a successivi provvedimenti della Giunta Regionale.

Il pericolo, in questi casi, potrebbe essere che i successivi provvedimenti non siano più coerenti ai presupposti iniziali del PSSR, che venga ridotta la possibilità del mondo professionale di poter incidere sugli aspetti tecnici delle scelte e che venga a mancare lo strumento di controllo democratico di queste, rappresentato dal dibattito in Consiglio Regionale.

Inoltre, l'assenza di un consuntivo (sia quantitativo che qualitativo) sul prodotto sanitario veneto ha, come effetto, la genericità delle proposte e delle azioni future con l'ovvia conseguenza di affidare al puro livello tecnico scelte strategiche che dovrebbero essere invece proprie della politica.

e) Le proposte sono a volte poco attuali rispetto al dibattito politico e tecnico esistente a livello nazionale.

Da tempo a livello nazionale alcuni temi (politiche del personale, governo clinico, gestione e riduzione del rischio clinico, ecc.) sono al centro del dibattito politico e della produzione legislativa. La particolare attenzione, infatti, per alcuni di questi ha stimolato la produzione di una serie di atti legislativi nazionali e/o regionali.

Nella proposta di PSSR tali temi, malgrado la Regione Veneto abbia frequentemente partecipato alla loro elaborazione, spesso non sono stati affrontati o sono stati trattati in modo superficiale ed avulso dalla sostanza del dibattito nazionale.

f) Il raccordo normativo e/o di coerenza delle proposte con le disposizioni legislative regionali vigenti è frequentemente assente.

La Regione Veneto nel recente passato (anni '90) ha prodotto una serie di scelte e di iniziative legislative regionali che hanno ispirato successivamente le decisioni nazionali ed influenzato i comportamenti di altre Regioni.

Alcuni esempi, fra tutti, sono rappresentati da disposizioni in merito all'organizzazione del lavoro dei medici all'interno degli ospedali, presenti negli Accordi Regionali del luglio 1991 e del giugno 2006 (applicativi dei Contratti Nazionali dei medici dipendenti del SSN), nonché dalla Legge Regionale sulla rete del 118 e sui criteri strutturali ed organizzativi degli ospedali che partecipano a tale servizio.

Tali disposizioni, pur contenendo scelte ancor oggi attuali e di elevato valore tecnico, vengono nei fatti ignorate.

Inoltre, il modello veneto (integrazione socio sanitaria, assenza di ASL propriamente dette, limitata presenza del privato convenzionato, assenza di case di cura private) ha prodotto una serie di norme e di regole che hanno supportato una "organizzazione a rete" del tutto peculiare (ieri), ma da aggiornare (oggi).

Osservazioni specifiche

1) **Le azioni individuate per garantire il principio di equità di accesso e di sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale sono insufficienti e fuorvianti.**

La proposta di PSSR enfatizza solamente l'**appropriatezza** come azione fondamentale da perseguire per ridurre il consumo di risorse e quindi migliorare la sostenibilità economica del sistema e di conseguenza l'equità di accesso (*cap. 2.1, co. 5, cap. 2.2.2; cap. 4.1, co. 4, lett. a*).

La sostenibilità economica è sicuramente uno dei pilastri fondamentali per garantire l'equità e l'universalità del sistema sanitario, ma è fuorviante imputare prevalentemente all'appropriatezza tale responsabilità.

La cultura scientifica prevalente ed il comune buon senso imputano la responsabilità della sostenibilità anche ad altri fattori, come il "**buon governo**" del sistema sanitario, la bontà e l'adeguatezza della sua organizzazione.

Appare pertanto riduttivo enfatizzare prevalentemente l'appropriatezza e non considerare anche l'importanza degli altri fattori citati.

A fronte di una mancata revisione ed organizzazione della rete ospedaliera e del territorio da più di 10 anni e dell'irragionevole potenziamento strutturale di alcuni presidi, malgrado il loro ruolo sempre più marginale, è paradossale legare la sostenibilità solamente all'appropriatezza e di fatto imputarne la responsabilità solamente ai medici che ne sono gli attori principali.

Il PSSR sarebbe l'occasione giusta per analizzare la rilevanza e le cause degli altri fattori – tra i quali anche il rapporto sanità pubblica/sanità privata - ed individuare le azioni più opportune ed adeguate da perseguire.

2) **L'individuazione dei Livelli Essenziali Organizzativi (LEO) necessari per garantire una corretta e ottimale erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) non è considerata fra gli obiettivi generali e strategici.**

La legislazione sanitaria vigente (D. Lgs. 502/92 e successive sue integrazioni e modifiche) ha individuato nei LEA la tipologia di prestazioni e le azioni sanitarie che devono essere garantite a tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale. Per il legislatore è implicito che deve essere garantito anche lo standard qualitativo dei LEA e pertanto i Livelli Essenziali Organizzativi (LEO) delle strutture sanitarie a ciò preposte.

Alle Regioni compete il dovere di attuare quanto sancito da anni dalla normativa vigente mediante l'individuazione e la programmazione delle azioni necessarie alla erogazione dei LEA ed all'ottimizzazione dei loro standards qualitativi e quindi anche dei LEO, ovviamente nel rispetto dei principi scientifici tecnici e delle esperienze maturate anche a livello internazionale.

Un atteggiamento omissivo della Regione in questo ambito è fortemente preoccupante perché esprime o la non comprensione che LEA e LEO sono strettamente collegati tra loro ed entrambi costituiscono un diritto del cittadino o la scarsa sensibilità politica nei riguardi di tale diritto.

Un esempio emblematico, tra tanti, di non definizione dei LEO, è costituito dalla mancata individuazione dei criteri fondamentali con cui organizzare il lavoro medico ed i servizi negli ospedali generali della Regione per le urgenze ed emergenze che riguardano i ricoverati ed i pazienti provenienti dal Pronto Soccorso.

Esistono infatti ancor oggi nel Veneto, per soli motivi di risparmio, reparti di ostetricia o di altre specialità chirurgiche senza il medico di guardia in servizio nelle ore notturne e festive ed esistono ospedali, dichiarati generali e per acuti, che non hanno i requisiti strutturali e tecnologici minimi necessari per affrontare le urgenze ed emergenze sanitarie senza gravi rischi aggiuntivi per i pazienti e per i sanitari che vi operano.

La soluzione tecnica ai problemi sopra citati non è così difficile da individuare, poiché è già in buona parte esplicitata negli Accordi Regionali del luglio 1991 e del giugno 2006 (applicativi dei Contratti Nazionali dei medici dipendenti del SSN) ed indicata nella Legge Regionale istitutiva del 118 e della rete di ospedali per l'urgenza ed emergenza.

In particolare, manca nella proposta la conferma che solo una corretta organizzazione del lavoro ed una accurata quantificazione dei carichi di lavoro sono i presupposti indispensabili per prestazioni sanitarie di qualità, sicure per gli utenti e gli operatori, economicamente ineccepibili. Il PSSR dovrebbe ribadire l'impegno regionale affinché ogni letto di degenza sia coperto da una guardia, non esistano ostetricie-ginecologie senza assistenza neonatale, il personale medico impiegato sia solamente quello strutturato e l'orario di lavoro dei dipendenti soddisfi la normativa europea.

3) L'impegno attivo della Regione e delle Aziende sanitarie ad una riduzione degli eventi avversi (conseguenti ad azioni cliniche) mediante la gestione del rischio clinico non compare fra gli obiettivi generali e strategici.

L'argomento della gestione del rischio clinico viene ignorato con l'eccezione di un unico generico riferimento di una riga (*cap. 4.4, co. 5, quarto alinea*), malgrado l'importanza e la grande attualità dello stesso.

Infatti, la cultura della comprensione, prevenzione e gestione del rischio clinico, anche se in ritardo rispetto ad altri paesi, ha iniziato già da anni a radicarsi in Italia. Ma, a fronte di un dibattito legislativo nazionale che inizia a trattare (anche se timidamente) la materia, la Regione Veneto preferisce non trattare l'argomento pur avendo potestà legislativa per farlo.

Ad esempio, la proposta di PSSR non prevede l'istituzione, all'interno di ogni azienda sanitaria, di una **Unità di Gestione del Rischio Clinico** (a direzione medica) come elemento concreto di prevenzione/gestione del rischio ed anche con compiti di formazione del personale, in un'ottica che non punti solo al contenimento dei costi.

Secondo la letteratura internazionale la causa che favorisce gli eventi clinici avversi da errore umano è da imputare, nella maggior parte dei casi, in modo diretto o indiretto ad aspetti inerenti l'organizzazione (in particolare del lavoro) ed a carenze strutturali.

La politica sanitaria della Regione non può quindi ignorare quasi del tutto (o trattare marginalmente) tali argomenti, validati dalla ricerca scientifica, dando l'impressione di volere attribuire la responsabilità degli eventi avversi solamente all'errore degli operatori.

4) La proposta di qualificazione e razionalizzazione della rete ospedaliera è inadeguata rispetto all'obiettivo generale di "aggiornamento del modello veneto di assistenza diffusa di alta qualità".

La proposta di PSSR individua nella qualificazione e nella razionalizzazione della rete ospedaliera uno degli obiettivi strategici da perseguire e ne suggerisce anche le modalità (*cap. 2.3.2, punto D; cap. 4.4*).

Il modello di "rete ospedaliera", esistente da tempo nella Regione Veneto, presentava in modo peculiare, sino a pochi anni fa, due caratteristiche fondamentali:

- l'esistenza di una rete di ospedali generali fortemente integrati fra loro, caratterizzata da una precisa gerarchia funzionale degli stessi, soprattutto per quanto riguarda l'urgenza ed emergenza sanitaria;
- l'elevata autonomia organizzativa e funzionale della maggior parte dei singoli ospedali per quanto riguarda la diagnosi e la cura delle patologie più frequenti.

Tale modello determinava una prevalente stanzialità dei flussi di pazienti in ambito regionale, o addirittura un parziale atteggiamento centrifugo di questi rispetto agli ospedali cittadini che coesisteva con un atteggiamento centripeto verso i grandi ospedali di città, caratterizzato prevalentemente dalla diagnosi e cura delle patologie più complesse e dalla disponibilità delle alte tecnologie.

Questo modello si contrapponeva a quello di buona parte delle altre Regioni (in particolare del centro e del sud) caratterizzato da flussi diffusamente centripeti e con conseguenze tristemente note: l'ipertrofia vicariante e costosa del privato convenzionato e l'emigrazione sanitaria verso altre Regioni o addirittura verso l'estero.

La validità del modello veneto è stata apprezzata nel tempo dalla popolazione e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità ed ha spinto molte Regioni ad imitarlo. Tuttavia, nel tempo, la presenza di un elevato numero di piccoli ospedali, pubblici e privati, non più adeguati alle moderne esigenze di diagnosi e cura ha prodotto costi elevati e quindi una difficile sostenibilità economica.

Il Legislatore Regionale, negli anni, non è intervenuto con una riorganizzazione strutturale ma con successivi interventi di settore; questa azione ha prodotto una distorsione organizzativa di difficile e rischiosa sostenibilità tecnica e professionale.

Oggi è dunque condivisibile, sia nel riferimento generale, sia nel riferimento alla rete ospedaliera, l'obiettivo generale, presente nella proposta di PSSR, di aggiornare il "modello veneto" di assistenza diffusa di alta qualità al fine anche di renderlo sostenibile da un punto di vista economico.

Le proposte del PSSR appaiono, però, inadeguate dal punto di vista tecnico per il raggiungimento di tale obiettivo.

In particolare, non è sufficiente eliminare alcune specialità ("doppioni") in presidi appartenenti alla stessa azienda sanitaria ed accorpate discipline fra aziende limitrofe, basandosi in modo prevalente solamente sugli standards quantitativi di prestazioni.

La rete ospedaliera del Veneto, se vuole restare fedele alle sue peculiarità di modello sanitario, non può essere solamente oggetto di "razionalizzazione", "ristrutturazione", "rivisitazione" e "revisione" (citando i termini utilizzati nella proposta di PSSR), bensì deve essere oggetto di una vera e propria **riorganizzazione**.

Dovrebbero essere esplicitati, inoltre, **i criteri tecnici, organizzativi e tecnologici minimi** che devono essere posseduti da ciascun presidio ospedaliero, in base al livello ed al ruolo a questo assegnato nell'ambito della rete ospedaliera regionale.

Gli ospedali moderni devono, infatti, essere concepiti con logiche direzionali, organizzative e gestionali adeguate alle esigenze di una medicina professionale efficace nella sua sostenibilità economica.

I suddetti criteri sono già stati in gran parte individuati nella legislazione nazionale e regionale vigente. Un esempio emblematico ed utile da seguire è dato dalla legislazione nazionale sull'urgenza ed emergenza sanitaria (compito fra i più importanti e complessi degli ospedali generali) di cui il Veneto è stato l'ispiratore ed il precursore.

I suddetti criteri dovrebbero costituire la garanzia di "alta qualità" della rete ed il riferimento di confronto con la situazione attualmente esistente.

In base al risultato di tale confronto, la programmazione regionale dovrebbe riorganizzare la rete ospedaliera, riducendo il numero eccessivo di ospedali pubblici e privati di piccole dimensioni ed in possesso di caratteristiche ben distanti da quelle minime di sicurezza.

In tal modo si concilierebbero esigenze apparentemente diverse quali: la conservazione delle peculiarità del "modello veneto di rete ospedaliera", la riduzione del numero dei piccoli presidi ospedalieri, la sostenibilità economica e professionale dello stesso modello e la predisposizione della rete ospedaliera alle future esigenze di una medicina moderna e di qualità.

5) I criteri tecnici che, nella eventuale decisione di costruire nuovi ospedali, devono guidare la programmazione ed i principi generali di finanziamento degli stessi non vengono individuati.

Negli ultimi tempi vi sono state in ambito regionale crescenti iniziative finalizzate alla costruzione di nuovi ospedali in sostituzione di altri ritenuti ormai obsoleti o inadeguati per concezione e/o collocazione.

Tali iniziative, di volta in volta, hanno suscitato un dibattito a livello locale su aspetti inerenti l'urbanistica, la viabilità e le modalità di finanziamento, trascurando in modo evidente **le motivazioni tecniche** che avrebbero dovuto supportarle.

L'ipotesi di sostituire alcune strutture ospedaliere con altre nuove, più funzionali ed in grado di meglio interpretare le mutate esigenze sanitarie, può essere condivisa purché suffragata in modo chiaro da corrette scelte tecniche.

Un nuovo ospedale deve, infatti, soddisfare precise scelte programmatiche, deve essere "calibrato" all'evoluzione prevedibile della medicina ed ai bisogni assistenziali ipotizzabili nel medio-lungo periodo e deve essere coerente ai principi tecnici che ispirano la rete ospedaliera regionale ed al ruolo assegnatogli.

La costruzione di un nuovo presidio ospedaliero, per esempio a Padova, non può essere giustificata da esigenze di semplice trasloco delle strutture esistenti poiché, comunque, dovrà integrarsi con gli altri ospedali della rete e dovrà trovare le sue motivazioni nelle esigenze dell'intera regione, essendo fra l'altro prevalentemente finanziato con il bilancio regionale.

I principi ed i criteri tecnici generali che guideranno tali scelte dovrebbero pertanto essere individuati nel PSSR.

L'eventuale concorso dell'imprenditoria privata al finanziamento di tale opere (**finanza di progetto**) è condivisibile in condizioni eccezionali, purché le formule e gli ambiti di intervento siano estremamente chiari, corretti e ben delineati.

Le logiche che animano le strutture pubbliche (aziende sanitarie) e quelle private sono di fatto profondamente diverse. Le prime si ispirano ad una missione di tipo etico-sociale, le seconde invece devono necessariamente rispondere a logiche di profitto.

Le due missioni possono anche occasionalmente convivere fra loro a patto che sia sempre tutelato e prevalente l'interesse pubblico su quello privato e che siano chiare e ben definite nel PSSR le regole della convivenza (nella proposta di PSSR non c'è nulla nel merito) e più precisamente:

- la missione generale di tipo etico delle aziende sanitarie e l'obiettivo del SSR di qualità del prodotto "salute" erogato devono essere totalmente condivise dalla parte privata;
- il ruolo decisionale della componente privata deve essere subalterno all'interesse pubblico;
- la partecipazione economica dell'imprenditoria privata non deve essere prevalente sulla "parte pubblica";

- le attività sanitarie di tipo assistenziale (diagnostiche e terapeutiche), proprio per la loro elevata valenza etica, e anche altre, se strategiche per l'azienda, devono essere organizzate e gestite sempre e solamente dalla componente pubblica, perché non devono essere soggette a logiche di profitto;
- le altre attività possono occasionalmente rientrare nella "finanza di progetto" a patto che gli standards di qualità dei prodotti, i servizi erogati, i modelli organizzativi attuati e le tutele del personale utilizzato siano almeno uguali a quelli pubblici, con un costo complessivo sempre competitivo.

6) Le sperimentazioni organizzative e gestionali dei servizi sanitari nelle Aziende appaiono incentivate ma senza una adeguata regolamentazione.

La proposta di PSSR enfatizza lo strumento delle sperimentazioni organizzative e gestionali con l'unico scopo dichiarato di ridurre i costi ed in tal modo legittima la possibilità che soggetti terzi pubblici, diversi dalle Aziende sanitarie, possano concorrere a tali iniziative (*cap. 3.2.1, co. 7, cap. 3.2.4; cap. 4.4, co. 2*).

Purtroppo, manca una seria analisi dei vantaggi apportati dalle sperimentazioni gestionali in essere da anni (Zevio, Cortina) ed una maggiore chiarezza dei periodici controlli regionali.

Il contenimento dei costi in sanità è sempre un obiettivo di importanza primaria, ma deve essere sempre strettamente connesso alla certezza del mantenimento di un elevato standard misurabile di qualità, sia dell'organizzazione e sia delle prestazioni erogabili.

Perseguire esigenze di bilancio in ambito sanitario, senza una contestuale dichiarazione delle linee etico-assistenziali che devono essere garantite nelle sperimentazioni, avvalorata di fatto l'impressione che l'aspetto economico sia nettamente preminente rispetto agli standards qualitativi.

Il testo proposto conferma l'enfasi sull'aspetto economico (e omette principi generali rilevanti) ad esempio quando indica che fra i soggetti terzi pubblici possano essere comprese anche le società a capitale misto pubblico-privato, dove la parte pubblica ha la maggioranza del capitale, ma deve comunque adattarsi in quota parte alla logica del profitto della parte privata.

L'esperienza delle sperimentazioni gestionali, operanti nella nostra Regione, rappresenta già oggi la conferma di questa visione economicistica.

7) I principi ispiratori per l'istituzione delle "aree vaste" sono in parte errati e mancano i criteri per la costituzione dei dipartimenti gestionali interaziendali.

La proposta di PSSR enfatizza il ruolo dello strumento organizzativo-gestionale dell'"area vasta" nel processo di razionalizzazione delle attività delle aziende sanitarie e di ottimizzazione delle risorse (*cap. 3.2.2; cap. 4.3.4, co. 4, secondo alinea*) ed invece è del tutto carente nel merito del ruolo da assegnare ai dipartimenti gestionali interaziendali e dei criteri per la loro individuazione e costituzione (*cap. 4.4, co. 5, quinto alinea*).

Le "aree vaste" costituiscono un modello organizzativo gestionale, utilizzato da tempo in alcune regioni (ad esempio: Toscana) mirante ad ottimizzare i costi di alcune attività di aziende sanitarie fra loro limitrofe, mediante il superamento delle rigidità territoriali delle stesse.

Tale modello costituisce sicuramente, da un punto di vista teorico, un valido strumento per le **attività che non hanno valenza clinico-assistenziale**. E' infatti innegabile che oggi, con il progresso dell'informatica, gran parte delle **attività amministrative ed economiche** di aziende limitrofe possono essere gestite in comune.

Tale strumento risulta invece del tutto inadeguato quando viene indicato per la razionalizzazione delle attività sanitarie-assistenziali.

Appare evidente il tentativo di mescolare il concetto di "**area vasta**" con quello di **bacino di utenza**.

Da sempre il bacino di utenza - sia teorico che reale - delle "alte specialità" con dotazioni tecnologiche sofisticate e costose supera i limiti della singola azienda.

La necessità di regolamentare ed ottimizzare i rapporti fra le aziende interessate e le loro strutture assistenziali può essere soddisfatta o da accordi convenzionali o meglio ancora, se i criteri tecnici lo suggeriscono, mediante l'istituzione di dipartimenti gestionali interaziendali.

L'area vasta è dunque una tipologia organizzativa impropria in tale ambito.

Inoltre, mentre nel PSSR i **dipartimenti interaziendali** sono ritenuti strumenti efficaci per migliorare l'organizzazione degli ospedali, contestualmente non viene individuato alcun criterio tecnico necessario per la loro costituzione.

Va infine notato che questa strana e rilevante dimenticanza è confermata anche nell'Atto di indirizzo regionale attualmente vigente sull'organizzazione dipartimentale.

8) Le cause che determinano per molte prestazioni sanitarie "liste di attesa" eccessive non sono oggetto di analisi e di conseguenza le azioni proposte per ridurle sono generiche ed insufficienti.

Nella proposta di PSSR non viene trattato in modo specifico l'annoso problema delle "liste di attesa", ma solamente accennato in modo generico all'interno di alcuni capitoli riguardanti altri argomenti (*cap. 2.3.2, lett. a.1; cap. 3.2.2, co. 1; cap. 4.3.2; cap. 4.3.4*), malgrado l'importanza e la grande attualità dello stesso.

La programmazione regionale individua in modo demagogico fra gli obiettivi da perseguire quello oggettivamente e tecnicamente impossibile del "superamento delle liste di attesa".

Da sempre infatti è noto, a chi si occupa di tale argomento, che le liste sono utilizzate in tutti gli Stati occidentali come uno degli strumenti efficaci per il contenimento quantitativo della domanda e che è del tutto velleitario ipotizzarne il superamento.

La proposta di PSSR a fronte della continua crescita nel Veneto della domanda di prestazioni specialistiche ambulatoriali (*cap. 4.3.4, co. 1*), non completamente soddisfatta nonostante l'elevato numero di esse erogato (102 milioni nel 2006), non presenta nemmeno un tentativo di analisi delle cause del problema.

E' invece evidente che nella maggior parte dei casi le attese, piuttosto che da una carenza di offerta, dipendono soprattutto da un eccesso di domanda impropria proveniente dal territorio o dalla presenza di un'organizzazione non adeguata della specialistica ambulatoriale ospedaliera e/o territoriale.

Attualmente infatti nel Veneto il numero medio annuo di prestazioni specialistiche effettuate per abitante è superiore agli standards europei consigliati.

Si dovrebbe cercare di analizzare e capire le motivazioni dell'eccessiva domanda al fine di scegliere in modo oculato le azioni efficaci da perseguire per "governare" tale fenomeno.

9) Una innovativa ed efficace proposta per l'organizzazione, la gestione e gli attori della specialistica ambulatoriale (in grado di interpretare e soddisfare il nuovo ruolo della sanità territoriale e di creare reali condizioni di integrazione funzionale di questa con l'ospedale) è assente.

Nella proposta di PSSR è presente un tentativo di risposta insufficiente rispetto alle criticità esistenti nell'assistenza specialistica ambulatoriale.

In particolare, le azioni individuate non affrontano il problema di fondo determinato dalla necessità di una importante revisione dell'organizzazione della specialistica ambulatoriale territoriale a fronte di una profonda trasformazione della missione e del ruolo degli ospedali (*cap. 2.3.2; cap. 4.3.2, co. 4, primo alinea; cap. 4.3.4*).

L'evoluzione della concezione dell'assistenza ospedaliera e della tecnologia negli ultimi 10 anni, anche a causa degli elevati costi, ha determinato un profondo mutamento del ruolo dell'ospedale e quindi dell'organizzazione delle sue attività.

Oggi lo stesso si deve occupare quasi essenzialmente delle patologie acute o delle riacuzie di quelle croniche, qualora queste non possano essere risolte ambulatorialmente ed abbiano bisogno di assistenza protetta e tecnologia sofisticata.

Inoltre, non è cambiata solo la tipologia dei ricoveri ma anche i tempi di degenza si sono molto ridotti ed è stata fortemente potenziata l'organizzazione dei day hospital e day surgery.

Ha concorso a questa trasformazione anche la crescente coscienza del disagio vissuto dal paziente ricoverato per la lontananza dal proprio ambiente familiare.

Una tale riorganizzazione dell'ospedale avrebbe dovuto comportare lo sviluppo contestuale di un'**alta integrazione funzionale fra specialistica territoriale e specialistica ospedaliera**.

Conseguentemente, i nuovi compiti della specialistica territoriale avrebbero dovuto essere: la selezione accurata dei ricoveri, la gestione dell'iter diagnostico delle patologie che necessitano di interventi chirurgici di elezione e la gestione della fase post-operatoria precoce.

Questa vera e propria "rivoluzione" negli anni avrebbe dovuto determinare un contestuale e complementare cambiamento della missione della medicina specialistica ambulatoriale territoriale, che però non è mai avvenuto. Quest'ultima, dove esistente, ha continuato ad essere organizzata solamente per erogare prestazioni specialistiche di 1° livello (a bassa complessità ed a bassa tecnologia) con scarse o nulle condizioni di integrazione funzionale con l'ospedale, con conseguente aggravamento del dialogo professionale fra strutture ospedaliere e territorio.

A fronte di tale realtà, la proposta di PSSR si limita a proporre il potenziamento di una specialistica ambulatoriale territoriale ormai superata dal punto di vista tecnico con alcune azioni, per altro insufficienti ed inadeguate. L'ipotizzato inserimento di quest'ultima all'interno delle Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), può forse servire a potenziare la specialistica di 1° livello ed a ridurre le ansie diagnostiche e terapeutiche dei MMG e dei PLS, ma certamente non concorre minimamente alla integrazione ospedale-territorio e quindi non fornisce risposte concrete agli annosi problemi generati dalla trasformazione degli ospedali.

La soluzione di questo problema è invece possibile e realizzabile tenendo conto sia del punto di vista tecnico che della sostenibilità economica e professionale.

Sarebbe necessario prevedere, almeno in modo sperimentale, la creazione di almeno 1 **Unità Specialistica Integrata Ospedale Territorio (USIOT)** per azienda sanitaria, dislocata nel territorio e ben distinta dai Presidi ospedalieri, dai Distretti e dalle UTAP.

Gli attori dell'USIOT dovrebbero essere gli specialisti ospedalieri e gli specialisti ambulatoriali interni; le attività diagnostiche e terapeutiche erogate dovrebbero essere quelle specialistiche ambulatoriali a bassa complessità e bassa tecnologia (1° livello) ma soprattutto quelle a media ed alta complessità e tecnologia (2° livello).

Il ruolo di tali Unità dovrebbe essere quello di favorire finalmente l'alta integrazione ospedale-territorio e di permettere l'espletamento dei nuovi compiti assegnati alla specialistica ambulatoriale territoriale.

Le modalità di funzionamento dovrebbero essere caratterizzate da ambulatori per processi diagnostici-terapeutici in base alla patologia ipotizzata (**ambulatorio di processo**), e non quelle usuali organizzate invece per singola tipologia di prestazione.

10) Il rinnovamento dei Servizi Veterinari è stato omissivo e non esistono riferimenti alla prevenzione veterinaria ed alla sicurezza alimentare.

La proposta di PSSR rischia di rimanere l'ennesima occasione perduta per il Veneto di dare forza e concretezza alla Prevenzione Primaria, alla Sanità Pubblica Veterinaria ed alla Sicurezza Alimentare.

Infatti, non viene indicata alcuna innovazione che possa consentire ai Servizi Veterinari quel salto di qualità che il mondo produttivo ed i consumatori si attendono da tempo.

L'istituzione di uno specifico Assessorato aveva fatto intravedere ben altre prospettive, ma queste sono andate via via scemando.

Si ritiene indispensabile che le Istituzioni arrivino a definire una serie di **punti cardine**: individuazione e articolazione delle strutture che compongono "l'autorità competente", catena di comando efficiente, responsabilità precise, evidenza scientifica di ciò che i servizi mettono in atto, semplificazioni normative, riduzioni delle attività di controllo di tipo meramente burocratico, formazione del personale e delle apicalità, aumento del livello di sorveglianza delle patologie trasmissibili tra animali e da animali e da alimenti all'uomo, passaggio da esclusive attività di monitoraggio alla repressione dei comportamenti illeciti e scorretti ecc.

E' indispensabile mettere mano alla prevenzione per rilanciarla, perché non si può ipotizzare di abbandonarla e meno che meno di uscire dalla Sanità Pubblica.

I servizi Veterinari hanno bisogno di modelli organizzativi e di strumenti nuovi, ma anche di risorse economiche ed umane: non è possibile nascondere l'immobilismo della prevenzione paragonata a tutti gli altri settori della Medicina, vittima inconsapevole di Amministrazioni che, guardando al riscontro immediato, non sanno fare piani di ampio respiro.

Si chiede il coraggio di cambiare per dare il giusto ruolo, nella Sanità Pubblica e nel Paese, ad un Servizio che è un modello indiscusso di efficacia ed efficienza ed il coraggio di accogliere una proposta di modifica, che intende far collimare gli interessi di tutte le parti sociali e non di una corporazione retrograda e inadeguata ai tempi.

11) Il Dipartimento di Prevenzione viene trattato con dichiarazioni generiche, risorse professionali ignorate ed atti concreti demotivanti.

Con riferimento agli ambiti di intervento del Dipartimento di Prevenzione, nella proposta di PSSR vi è una affermazione sulla quale non si può che convenire -"è determinante la definizione di un atteggiamento organico di collaborazione con i settori esterni al mondo sanitario"- ma tale affermazione rimane di una genericità sconcertante.

Infatti la proposta di PSSR pare ignorare le iniziative più che decennali e l'esperienza maturata dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione, che li ha portati a modificare modalità operative, strategie ed atteggiamenti, dimostrando che questi Servizi sono strutture sanitarie in grado di cogliere i cambiamenti avvenuti nel tessuto sociale, ivi compresa la parte più avveduta dell'imprenditoria.

Nella proposta non c'è traccia delle iniziative che sono state sviluppate né dei progetti che coinvolgono settori della vita sociale essenziali per intervenire sui "determinanti" della salute ed "attori" che nemmeno vengono citati.

Inoltre alcuni atti approvati recentemente dalla Regione sono fonte di preoccupazione perché vanno nella direzione opposta alla valorizzazione professionale ed al coinvolgimento dei "settori esterni al mondo sanitario": ad esempio, l'approvazione della istituzione presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Ulss 12 Veneziana di una sorta di nucleo poliziesco costituito da competenze indistinte e la proposta, in corso di approvazione, di individuare

quale significativo indicatore della qualità dell'attività degli Spisal, l'aumento delle contravvenzioni negli ambienti di lavoro.

L'affermazione sopra riportata quindi pare essere una speranza ormai logora, quando invece ci sono prospettive concrete per realizzare un sostanziale miglioramento del Sistema Sanitario Regionale.

12) Il ruolo dell'Università (Facoltà di Medicina e Chirurgia di Padova e di Verona) non corrisponde alle fondamentali esigenze del Servizio Sanitario Regionale ed appare sproporzionato ed inadeguato.

Il ruolo ed il peso delle Facoltà di Medicina e Chirurgia di Padova e di Verona, così come indicati nella proposta di PSSR, appaiono eccessivi e poco rispondenti alle reali e concrete esigenze della popolazione veneta, perchè fortemente sbilanciati a favore degli interessi corporativi ed impropri delle apicalità universitarie (*cap. 2.3.2; cap. 3.2.3*).

I compiti ed i ruoli del Servizio Sanitario Regionale e dell'Università (Facoltà di Medicina) sono profondamente diversi fra loro e rispondono ad esigenze ed obiettivi sostanzialmente differenti.

Il primo ha il compito essenziale di promuovere la "salute" (promozione degli stili di vita sani), prevenire lo stato di malattia (prevenzione sanitaria), mantenere lo stato di salute (diagnosi e terapia delle patologie); la seconda invece ha come compiti prioritari la didattica, la formazione specialistica e la ricerca.

L'attività assistenziale sanitaria è quindi per la Facoltà di Medicina un compito aggiuntivo finalizzato alla ricerca ed alla didattica.

I due ruoli, pur nella loro diversità, possono avere degli obiettivi in comune da individuare nel PSSR insieme alle azioni attuative.

La proposta di PSSR non solo sembra ignorare le differenze tra i suddetti due ruoli, ma riconosce all'Università ambiti di intervento che non sono propri della sua cultura e che quindi non le competono, quali:

- indirizzi di politica sanitaria ed aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali;
- modalità di individuazione delle Unità Operative di elevata specializzazione;
- modalità di identificazione ed accreditamento delle strutture per la formazione nell'ambito medico e delle professioni sanitarie;
- elaborazione dei criteri per l'acquisizione e dislocazione delle attrezzature sanitarie ad elevata tecnologia.

Dalla proposta di PSSR si evince inoltre la compartecipazione paritetica dell'Università nella programmazione e gestione del Servizio Sanitario Regionale, ma non nelle responsabilità e nei costi dello stesso.

Tutto questo è inaccettabile per il SSR, se si tiene conto delle profonde differenze di obiettivi fra le due Istituzioni e della modesta preparazione e cultura della Facoltà di Medicina nell'organizzazione e gestione delle attività assistenziali sanitarie rispetto a quelle possedute dai professionisti del SSR.

13) La valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nel SSR non ha un progetto concreto ed adeguato ai cambiamenti tecnici e sociali in atto.

Le aziende sanitarie pubbliche, proprio per la tipologia di attività eseguite, sono aziende a forte valenza etica che non producono beni materiali, bensì servizi verso le persone.

In tale tipologia di aziende il vero capitale è rappresentato soprattutto dalle "risorse umane e professionali" presenti fra gli operatori.

La moderna psicologia del lavoro enfatizza da tempo il ruolo strategico delle risorse umane e professionali nelle aziende che producono servizi ad alta componente di conoscenze tecniche e la differenza fra i risultati ottenuti da un'azienda sanitaria rispetto ad un'altra, a parità di condizioni oggettive, è data dalle modalità di gestione e di valorizzazione di tale capitale.

Nelle aziende a forte valenza etica il valore aggiunto è rappresentato essenzialmente dal grado di soddisfazione individuale degli operatori, dal grado di espressività della loro professionalità, dalla condivisione della missione e degli obiettivi da perseguire e, non ultimo, dal grado di spontanea fidelizzazione dei dipendenti alla loro stessa azienda. E' invece un fatto consolidato da tempo che la politica del personale è basata prevalentemente sul formalismo delle gerarchie ed è mirata ad incentivare pochi per condizionare od obbligare molti.

L'errata gestione delle risorse umane viene individuata come una delle cause principali nel produrre "**disagio professionale**" ed è generalmente riconosciuto come sia necessario creare nelle aziende reali condizioni di "**governo clinico**" per coinvolgere i dirigenti medici nelle decisioni tecniche ed organizzative e nella gestione delle risorse.

Invece, nella proposta di PSSR si affrontano incidentalmente tali argomenti solo nelle azioni di riduzione e gestione delle liste di attesa da parte dei MMG e dei PLS (*cap. 4.3.2*).

Questa dimenticanza del Legislatore rende palese come la politica della Regione e delle aziende sanitarie, in merito alle "risorse professionali", continui a seguire logiche burocratiche non più attuali.

* * * * *