



Osservazioni al Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto 2019-2023

Settembre 2018

PIANO SOCIO SANITARIO VENETO 2019 - 2023 Valutazioni e proposte di modifica

PREMESSA

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) è lo strumento progettuale mediante cui i responsabili politici e amministrativi di una Regione decidono e esplicitano le azioni programmatiche che si impegnano a realizzare nel tempo di vigenza dello stesso, per quanto riguarda l'articolazione delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali e gli obiettivi di salute che si vorrebbero raggiungere nello stesso periodo.

Nel definire un PSSR si ritiene che sia fondamentale, per la sua concreta attuazione e realizzazione nel tempo e per non rischiare illusioni utopiche, tener conto della dimensione e peculiarità del "contesto", anche economico, politico e sociale esistente e in cui ci si trova.

In questi mesi il SSN del nostro Paese viene considerato, dagli esperti in materia, sulla base di dati ed indicatori specifici, **SOSTENIBILE** finanziariamente, meno costoso e migliore per qualità, efficienza ed efficacia fra i Servizi Sanitari dei Paesi OCSE (Prof. Spandonaro, Direttore cattedra di Economia Sanitaria Tor Vergata Roma e Fondazione Internazionale di Studi Sanitari Blumberg).

Questo giudizio, espresso da esperti e studiosi di chiara fama, è incredibilmente del tutto opposto a quello espresso dal mondo politico nazionale e regionale su cui si basano i tagli al SSN...! Presumibilmente il giudizio di insostenibilità economica in alcune aree geografiche del nostro Paese deriva da forti difetti programmatici e organizzativi e non da condizioni insite al nostro modello di SSN.

Paradossalmente lo stesso, per come lo conosciamo, sembrerebbe invece essere **NON SOSTENIBILE** nel tempo, o quanto meno molto a rischio soprattutto per la mancanza di personale sanitario, in particolare di medici specialisti, per miopia e errori programmatici perpetrati negli ultimi anni dalle Istituzioni interessate (Università, Governi nazionali e Regioni).

Le considerazioni e le valutazioni di ANAAO ASSOMED sul PSSR 2019/23 del Veneto sono state, quindi, effettuate considerando tale "contesto".

VALUTAZIONE

Alla luce di quanto scritto, a nostro giudizio, il PSSR 2019/23 sembra essere un elenco di buone intenzioni e propositi però utopici e sembra essere incompleto perché non esplicita le risorse, soprattutto umane, necessarie per raggiungerli.

Ad una prima lettura, molte delle cose scritte nel Piano possono sembrare in teoria valide ed anche condivisibili. **Nella realtà invece mancano sostanzialmente di concretezza attuativa.** Senza la disponibilità infatti di personale sanitario, soprattutto di medici specializzati, anche il PSSR 2019/23, come il precedente rimarrà in gran parte incompiuto. Inoltre nell'elaborato è presente, a volte, per alcuni argomenti importanti **una forte discrasia fra le affermazioni generali, nonché i principi esplicitati, e le modalità attuative descritte.**

Rete ospedaliera

In questo elaborato molto corposo, concentrato quasi tutto sulla cronicità, il capitolo relativo alla rete ospedaliera e all'emergenza - urgenza nella nostra Regione è stato sviluppato in modo minimale ed insufficiente.

Questi sono argomenti molto importanti e delicati che, a nostro giudizio, per quanto riguarda la sicurezza minima strutturale degli ospedali, non sono stati trattati con la doverosa attenzione ed approfondimento anche e soprattutto per le conseguenti importanti ricadute organizzative imposte per legge dal D.M. Sanità 70/2015, che sembrano essere state invece disattese nella loro attuazione in alcune parti.

D. M. SANITA 70/2015

Per meglio comprendere le criticità presenti in questo capitolo, in premessa si ricordano gli aspetti più importanti.

Quest'ultimo è un decreto di fondamentale importanza finalizzato alla riorganizzazione, all'aggiornamento e alla modernizzazione delle obsolete e costosissime reti ospedaliere del Paese, e quindi anche della nostra Regione, sulla base di collaudati e sperimentati standard internazionali qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dei livelli essenziali di organizzazione (livelli minimi di sicurezza clinica e organizzativa della assistenza ospedaliera).

Tale complessa riorganizzazione ha i seguenti obiettivi:

- deve rendere la rete ospedaliera adeguata a rispondere ai nuovi bisogni di salute e alle nuove modalità del loro manifestarsi;
- deve inoltre contribuire a promuovere la qualità della assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, implementando forme alternative al ricovero, quando le

stesse rispondano più efficacemente ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e/o non autosufficiente con un netto miglioramento del SSR nel suo complesso.

Fra i suddetti standard assumono particolare importanza i seguenti, che fra l'altro devono essere obbligatoriamente attuati per legge:

- la riduzione dei posti letto al 3,7 per mille ab. (3,0 per gli acuti e 0,7 di riabilitazione),
- la classificazione delle strutture ospedaliere in livelli in base ai bacini di utenza e ai requisiti minimi necessari strutturali e tecnologici per ciascuno di questi,
- l'individuazione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dei livelli essenziali di organizzazione per ciascuna disciplina,
- il vincolo della programmazione ai fini qualitativi al rapporto volume di attività/esiti,
- l'attivazione delle reti per patologia,
- l'adozione del modello Hub e Spoke per quanto riguarda la programmazione dei flussi di pazienti nei diversi ospedali della rete,
- l'adeguamento della rete Emergenza - Urgenza.

Criticità

Nell'elaborato del PSSR è presente una forte contraddizione fra le affermazioni esistenti nel suo testo ("forte aderenza della rete ospedaliera in tutte le sue componenti alle disposizioni e agli standards minimi previsti dal suddetto D. M. Sanità"), **e la reale attuazione e rispetto di questi standards.**

Il D. M. presenta infatti due classificazioni degli ospedali della rete:

- la prima legata ai requisiti minimi strutturali, tecnologici e quantitativi necessari per rientrare in uno dei tre livelli minimi previsti (requisito fondamentale per individuare il ruolo dell'ospedale nella rete) e per poter garantire la condizione minima necessaria di sicurezza clinica ed organizzativa al paziente;
- la seconda in due livelli (Hub e Spoke) in base al ruolo dell'ospedale nella dinamica dei flussi dei pazienti per quanto riguarda i ricoveri.

In realtà, nella proposta di nuovo PSSR si è tenuto poco conto della classificazione legata ai requisiti minimi.

La nostra attuale rete ospedaliera risale a prima della seconda guerra mondiale, con poche modifiche strutturali intervenute sulla stessa da allora ad oggi.

Quest'ultima è caratterizzata attualmente dalla presenza di 68 ospedali, di cui 51 ritenuti ospedali generali e 17 che non possono essere considerati tali.

Gli ospedali, ritenuti "generalisti", a loro volta sono stati così classificati in base alla dinamica dei flussi dei pazienti per quanto riguarda i ricoveri in:

- 5 HUB ospedali regionali (A. O. Padova, A. O. U. I. Verona, Treviso, Mestre e Vicenza),
- 2 HUB provinciali (Belluno e Rovigo),
- 44 ospedali SPOKE.

Per la Regione tutti i 51 ospedali "generalisti" possiedono già i requisiti previsti e richiesti dal DMS 70/2015 in rapporto al loro ruolo nella rete ospedaliera regionale.

In base a questa affermazione i suddetti ospedali sarebbero classificabili in base ai requisiti minimi teoricamente posseduti in:

- 7 presidi ospedalieri di II livello,
- 27 di I livello (ospedali nodi di rete),
- 17 di base (ospedali presidi di rete).

Se si esaminano però nel dettaglio i reali requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici posseduti da questi ospedali e si confrontano con quelli minimi richiesti dal suddetto DMS 70/2015 ci si rende conto che:

- dei 7 presidi ospedalieri di II livello, 5 solamente hanno i requisiti e 2 non li hanno;
- dei 27 presidi ospedalieri di I livello, 13 solamente hanno i requisiti, mentre 6 sono borderline e 8 sono ben lontani dal possederli;
- dei 17 presidi ospedalieri di base, 3 hanno i requisiti, mentre 4 sono borderline e 10 sono ben lontani dal possederli.

Esistono anche altre due importanti discordanze con i principi tecnici di buona programmazione e di buona organizzazione presenti nel DMS 70/2015.

1. Allocazione dei requisiti minimi

Per il suddetto DMS i requisiti devono essere posseduti dal singolo stabilimento ospedaliero (per il DMS lo stabilimento ospedaliero è equivalente al presidio ospedaliero) al fine di ottimizzare le sinergie diagnostiche, terapeutiche e i percorsi clinici ed elevare al di sopra dei livelli minimi indispensabili le condizioni di sicurezza clinica ed organizzativa del singolo ospedale.

Per la Regione Veneto invece il presidio ospedaliero è l'insieme degli stabilimenti ospedalieri presenti in ciascuna azienda e pertanto i requisiti suddetti non devono per forza essere tutti presenti nel singolo ospedale, ma al loro possesso possono concorrere quelli presenti nell'Azienda Sanitaria di competenza, anche se distano parecchi chilometri l'uno dall'altro.

Questa discordanza rende palese la poca considerazione da parte della Regione nei riguardi della sicurezza clinica ed organizzativa per i pazienti.

2. N. di ospedali generali in rapporto ai bacini di utenza

Il numero degli ospedali "generalisti" che dovrebbero essere presenti nel Veneto è ben superiore a quello che risulterebbe dal DMS suddetto, se si tenesse conto dei bacini di utenza in esso previsti; se si utilizzassero dimensioni di bacini di utenza di livello medio rispetto a quelli dichiarati dal DMS, il numero massimo degli ospedali "generalisti" dovrebbe essere non più di 40 – 41, pur tenendo conto dell'orografia.

I 10 o 11 ospedali, a cui togliere la qualifica di ospedale generale e trasformare in altra tipologia di struttura sanitaria a bassa complessità diagnostica – terapeutica (ospedali di

continuità, di lungodegenza o di riabilitazione) o in estrema ratio chiudere, sarebbero quelli più piccoli, meno sicuri e meno strategici per la rete ospedaliera regionale.

Questa discordanza, in una logica di ricerca continua della maggiore sicurezza organizzativa e clinica, al fine di ridurre gli eventi avversi sui pazienti e gli elevati costi assicurativi per l'azienda, nonché in una logica di carenza sempre più grave di medici specialisti dipendenti e di risorse economiche insufficienti per la Sanità Pubblica, **ha fragili motivazioni giustificative sul piano tecnico e appare rischiosa per la sostenibilità e sicurezza clinica ed organizzativa del S. S. Regionale.**

Sembrerebbe molto più dettata da logiche di compiacenza politica nei riguardi dei "campanili" !

La stessa discordanza inoltre appare incoerente con l'obiettivo strategico principale della proposta di PSSR di governare maggiormente le implicazioni sanitarie e socio – sanitarie conseguenti alla "cronicità" con un approccio metodologico più adeguato e con un potenziamento al riguardo delle strutture sanitarie interessate, soprattutto quelle territoriali. Questo progetto, in una logica di risorse economiche e professionali ridotte per la Sanità Pubblica, per poter essere realizzato, ha bisogno che si rendano disponibili risorse utilizzate dalla rete ospedaliera regionale mediante la sua ottimizzazione, altrimenti il rischio reale è che diventi uno dei tanti bei progetti utopici.

Nella proposta di PSSR 2019 - 2023 non vengono riconosciute queste discrasie esistenti con i requisiti minimi richiesti dal DMS 70/2015 e di conseguenza non viene avanzata nessuna proposta programmatica correttiva in merito.

Livelli essenziali minimi organizzativi delle strutture sanitarie

Nel marzo 2017 la Giunta Regionale del Veneto, dopo un lungo lavoro istruttorio di un gruppo di lavoro tecnico regionale e dopo aver avuto parere favorevole dalla competente Commissione Consiliare, ha emanato la DGR n. 245 in merito alla definizione dei valori minimi di riferimento di fabbisogno per il personale medico dirigente.

In tale DRG nell'allegato A, da pag. 8 a pag. 11 sono stati enunciati i principi generali minimi di organizzazione dei presidi ospedalieri (Livelli Essenziali Organizzativi minimi) in relazione al fabbisogno del personale medico.

La logica che ha guidato la formulazione di tali principi generali è stata quella di definire le condizioni minime di sicurezza organizzativa.

Tali principi generali dovrebbero trovare la loro piena attuazione con il PSSR 2019 – 2023, condizionando le scelte programmatiche.

Criticità

Nella bozza di nuovo PSSR, approvato dalla Giunta Regionale (la stessa che ha emanato la suddetta DGR) e in discussione presso la competente Commissione Consiliare, **non vi è alcuna traccia dei suddetti principi e della DGR (nemmeno il riferimento alla DGR), malgrado abbia una importanza strategica rilevante per la programmazione regionale.**

Quale è il motivo di una tale omissione? Una dimenticanza ovvero la volontà di non tenerne conto ?

Qualunque siano le motivazioni, questa omissione conferma la scarsa considerazione da parte della Regione nei riguardi della sicurezza clinica ed organizzativa per i pazienti e delle condizioni di lavoro del personale medico !

Governo clinico e sicurezza clinica e organizzativa

Criticità

Nel PSSR, su questi argomenti fortemente correlati fra loro, sono dedicate poche righe dove vengono enunciate una serie di azioni.

La filosofia di approccio è però limitante, incompleta e viziata da tre incongruenze.

1° Incongruenza

Nella maggior parte degli eventi avversi in medicina, le cause primarie più importanti che favoriscono fortemente la loro genesi sono di tipo programmatico e/o organizzativo. L'errore medico è nella maggior parte dei casi la conseguenza inevitabile di tali cause primarie.

Nella bozza di piano traspare invece una maggiore enfasi nei riguardi della responsabilità professionale individuale per l'evento avverso e non delle condizioni programmatiche e organizzative che lo hanno fortemente favorito.

Questo approccio limitato alla sola responsabilità professionale individuale e con metodologia di tipo più burocratico-amministrativo, piuttosto che tecnico, rende incompleti e spesso, nella realtà, poco utili i suggerimenti attuativi di gestione del rischio clinico proposti nel PSSR.

Quando le cause che favoriscono fortemente l'errore medico sono di tipo programmatico e/o organizzativo (più del 66% dei casi) i dirigenti medici hanno poche possibilità di correggerle in prima persona mediante il Governo Clinico.

La motivazione formale di questa impossibilità risiede nel fatto che le decisioni organizzative e programmatiche sono prerogativa esclusiva della Regione e/o delle Direzioni delle Aziende Sanitarie. La motivazione sostanziale di questa negazione risiede invece nell'indisponibilità dell'apparato burocratico – amministrativo della Direzione regionale e delle Direzioni

aziendali a confrontarsi con le competenze tecniche dei medici, ad ammettere i loro errori e la relativa responsabilità e a correggere le scelte errate.

2° Incongruenza

Nella bozza di PSSR viene ulteriormente enfatizzata la scelta regionale di decentrare la gestione del rischio clinico in capo ai responsabili del rischio aziendale.

Questa ipotesi fa ben comprendere che per la Regione la causa degli eventi avversi sia sempre imputabile solamente a errori professionali dei medici o a errori organizzativi e gestionali dei responsabili periferici delle strutture sanitarie.

Anche in questo caso l'approccio utilizzato nella bozza di PSSR è limitante ed incompleto.

La letteratura scientifica specifica internazionale dimostra ampiamente che gli eventi avversi possono essere fortemente favoriti, tanto da diventare inevitabili nel tempo, da disposizioni organizzative e/o programmatiche decise da Istituzioni, quali ad esempio le Regioni, che hanno il ruolo di programmare e inviare indirizzi organizzativi cogenti alle aziende sanitarie o da omissione di sorveglianza da parte delle stesse.

Stupisce inoltre ancor più questa dimenticanza o omissione presente nella bozza di PSSR alla luce della nuova Legge Gelli Bianco n. 24 del 8 marzo 2017 ("Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie") che attribuisce la responsabilità contrattuale delle attività sanitarie agli Enti eroganti e invece la responsabilità extra contrattuale (solamente colpa grave e dolo accertati) al professionista medico dipendente.

3° Incongruenza

Nella bozza di PSSR non viene chiarito quali competenze deve possedere tale responsabile e quali poteri.

In diverse aziende infatti tale responsabile viene confuso con il responsabile del rischio lavorativo relativo al D. Lgs. 81/2008 (con competenze ingegneristiche invece che mediche specifiche).

La tolleranza, da parte della Regione, di tale confusione da parte delle Aziende e la mancanza di un chiarimento nel documento programmatico sanitario regionale più importante dà la misura reale della scarsa considerazione della Giunta Regionale nei riguardi della prevenzione e gestione del rischio clinico !