

"STATI GENERALI DELLA SALUTE IL DEGRADO DELLA SANITA' PUBBLICA NEL VENETO. COSA FARE?"

Sabato 18 aprile 2015 c/o Hotel Piroga – Selvazzano Dentro (PD)

QUESITI AI CANDIDATI ALLE
ELEZIONI REGIONALI DEL VENETO

Aprile 2015

Premessa

Le seguenti "risposte possibili" ai quesiti avanzati ai candidati Presidente della regione Veneto dall'insieme dei sindacati medici e dall' Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Vicenza impongono due premesse necessarie:

1. La politica di riduzione del debito dello stato tramite la riduzione (tagli) della spesa sociale pubblica e la privatizzazione dei servizi sociali (pensioni, scuola/Università, servizio sanitario pubblico), in sostanza la politica di austerità, imposta dalla tecnostuttura europea a nome dei "creditori finanziari", anche italiani, ed accettata con ignobile connivenza ideologica e politica dai governi di centro sinistra e di centro destra, tecnici e non, succedutisi negli anni a livello nazionale e regionale, è il "primum movens" della crisi del servizio sanitario nazionale e regionale.

La lotta, sia politica che amministrativa, dei Presidenti e delle giunte regionali per realizzare a livello regionale politiche attuative dei principi costituzionali in tema di diritti delle persone, tra cui il diritto fondamentale alla salute, e quindi la lotta al "definanziamento" ed alla privatizzazione è il primo ed ineludibile banco di prova politico e premessa ad ogni impegno di sinistra in politica sanitaria anche a livello regionale.

2. Quanto segue è necessariamente, per spazio-tempo espositivo a disposizione e per la vastità tecnica dei temi proposti, una mera citazione di principi ispiratori di politiche sanitarie che, quando ed in quanto della sinistra, non possono non essere il frutto della coniugazione della attuazione della Costituzione e con l'obbiettivo della realizzazione di servizi sanitari pubblici capaci di consentire a tutte le persone l'accesso alle più avanzate tecnologie sanitarie ed alle evoluzioni dell'organizzazione sanitaria che esse inducono.

QUESITO n. 1 - INVADENZA PARTITICA IN SANITÀ

La Corte dei Conti e le Istituzioni Pubbliche di sorveglianza e garanzia, negli ultimi anni hanno denunciato i sempre più frequenti e pesanti condizionamenti dei Partiti sulla gestione della Sanità Pubblica.

Tale malcostume è purtroppo presente anche nel Veneto e, con la scusa di esercitare un controllo politico in nome dell'elettorato, condiziona le scelte tecniche e meritocratiche.

COSA PENSATE DI ATTUARE PER RIDURRE QUESTA INVADENZA ED AFFIDARE LA GESTIONE DELLA SANITA' E DELLE SUE ATTIVITA' CLINICHE PREVALENTEMENTE AI MEDICI ED AGLI OPERATORI TECNICI E SANITARI QUALIFICATI ?

CORDIANO: I condizionamenti sulla gestione della sanità pubblica degli eletti da parte del sistema dei partiti nelle assemblee elettive e, da qui, nelle giunte ed alle funzioni di Sindaco, Presidente di Provincia e di Regione hanno per obbiettivo l'assegnazione degli appalti delle Aziende sanitarie e ed il controllo del mercato del lavoro nella forma sia di accesso alle dipendenze delle aziende sia nella assegnazione degli incarichi di direzione di dipartimenti, unità operative complesse, di strutture semplici ed incarichi delle varie tipologie.

Il centro del meccanismo è la nomina, ed il potere di revoca in corso di mandato, del direttore generale affidata al presidente della regione ed alla sua maggioranza, ciò che asservisce il direttore generale all'interesse (ed al volere) del presidente di regione ad alimentare l'insieme delle relazioni partitiche e clientelari elettorali, ramificatissime e composite, che gli consentano la rielezione o la progressione di carriera (potere sociale e benefit economici) politica.

Per essere franchi purtroppo questa rete di relazione clientelari coinvolge, in non pochi casi, anche la dirigenza dei cosiddetti corpi intermedi, organizzazioni sindacali ed organizzazioni del volontariato, in quanto capaci di orientare il voto dei loro iscritti ed anch'essa interessata a mantenere status sociale ed ad acquisire il consenso sociale tramite la dispensa di favori personali o corporativi.

Sempre per essere franchi in questa rete ed in questo meccanismo distorto del consenso politico sociale cadono anche singoli professionisti che sollecitano le dirigenze partitiche, sindacali e del volontariato al soddisfacimento dei propri individuali interessi di carriera in antagonismo prescindente da diritti, opportunità e merito di persone colleghe e compagne di lavoro.

Tale sistema inefficace ed inefficiente di gestione del sistema sanitario pubblico, incostituzionale al pari delle politiche sanitarie di "de finanziamento" del servizio sanitario pubblico dei governi neo liberisti di centro destra, di centro sinistra, e tecnici espressione della "coalizione" di centrosinistra e centro destra, calpesta l'art. 32 della Costituzione, deve essere corretto "dando a cesare quello che è di cesare ed a dio quel che è di dio".

"Dare a Dio ciò che è di Dio" significa dare alla "politica" esclusivamente il potere di indirizzo ed alle autonomie professionali (necessariamente coordinate) il compito della esecuzione delle politiche sanitarie entrambe essendo non solo idealmente ma ideologicamente e legislativamente sotto ordinate ed attuanti il mandato costituzionale. "Art. 32. - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana." che è la norma etica e politica vincolante tutti i comportamenti individuali e collettivi sia dei politici che professionisti.

Ciò significa dare al presidente della regione, alla sua giunta, al consiglio regionale ed all'insieme delle assemblee elettive ed agli esecutivi di Province e Comuni l'esclusivo compito della programmazione sanitaria su base annuale e poliennale, cioè della definizione di obiettivi e risorse, che direttori generali e management e professionisti aziendali in piena autonomia professionale debbono realizzare.

"Dare a Cesare ciò che è di Cesare" consiste nell'affidare la nomina dei direttori generali sulla base delle norme che regolano l'assunzione nella pubblica amministrazione ed in particolare della valutazione dei curricula che evidenzino le competenze acquisite con lo studio e le esperienze direzionali da un organismo terzo rigorosamente competente ed indipendente.

In sostanza la nomina e la revoca in corso di mandato e la eventuale conferma a fine mandato del direttore generale deve essere sottratta al presidente di regione, ciò che a cascata sottrarrà il ricatto dell'asservimento agli interessi privati di potere politico sociale di tutta la rete "politica" sui meccanismi affidamento degli appalti e di assunzione e nomina dei professionisti .

Tale organismo terzo deve avere anche il compito delle valutazioni intermedie e di fine mandato relative anche alla conferma od alla rimozione dei direttori generali da effettuarsi sulla base della comparazione tra i bilanci consuntivi di missione ed economici delle aziende ed i bilanci preventivi espressione dei documenti politico programmatici in vigore traduenti in obiettivi di servizio le norme legislative ed il predetto vincolo costituzionale a partire dall'art. 32..

Tale distinzione di funzioni appare la più logica anche se l'attuale sostanziale impunità del malgoverno da parte dei presidenti di regione e del ramificato sistema di potere sotteso in ambito sanitario può essere contrastato, in alternativa, anche attivando la decadenza automatica dei presidenti regionali, e degli assessori alla salute/sanità, dal loro incarico a fronte del mancato conseguimento, valutato da un organismo terzo indipendente quale ad esempio la Corte dei Conti degli obiettivi di salute ed economici del sistema sanitario regionale quando non conseguiti per due anni di seguito, comunque definiti in ottemperanza al predetto mandato costituzionale.

Il diritto costituzionale alla salute ed alle cure dello stato di malattia dovrebbe essere garantito in tutto il territorio nazionale anche attraverso l'erogazione corretta dei Livelli Essenziali di Assistenza (L. E. A.).

Questa rimane però una vuota enunciazione, se contestualmente ciascuna Regione non individua e sancisce i Livelli Essenziali Organizzativi (L. E. O.) e pertanto i requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e funzionali delle strutture sanitarie (ospedaliere e territoriali) per ottenere un prodotto sicuro sul piano dell'efficacia e della qualità.

Questa esplicitazione di requisiti minimi sancita dalla Legge, costituisce un vero e proprio contratto sociale tra il Legislatore regionale ed i suoi cittadini sulla qualità e sull'uso di mezzi adeguati.

Fino ad ora questo impegno, malgrado sia stato ripetutamente sollecitato dai medici e malgrado gli stessi abbiano più volte messo a disposizione la loro esperienza, è stato ignorato dai Partiti e dal mondo politico del Veneto, preferendo spesso mantenere l'inadeguatezza delle strutture pur di non scontrarsi con l'interesse dei "campanili" e rischiare da un punto di vista elettorale.

VI IMPEGNATE A CORREGGERE QUESTO ERRORE ED A PRIVILEGIARE GLI ASPETTI TECNICI E FUNZIONALI, COINVOLGENDO I MEDICI NELLA SCELTA DEI L.E. O. ?

CORDIANO: Senza dubbio si.

Occorre però precisare che la strada maestra della "ottimizzazione organizzativa" (il massimo della efficacia clinica strutturalmente garantita, solo quanto di ineliminabile di rischio clinico, nessuno spreco) nella organizzazione delle cure non consiste nel declinare obsoleti riferimenti a dotazioni di personale delle varie qualifiche per posto letto ospedaliero di specialità, appena un po' più recentemente disaggregati per intensità di cura, ereditati dalla allora, non oggi, aggiornata cultura organizzativa degli ospedali della fine del '900, e riaffermata dal recente decreto sugli standard ospedalieri.

La "ottimizzazione organizzativa" va perseguita attraverso la conseguente realizzazione di una accurata progettazione integrata "ospedale - distretto", in divenire, in relazione alle nuove acquisizioni di tecnologia medica (nuove tecnologie diagnostiche terapeutiche e saperi teorici e pratici del personale sanitario) ed evoluzione dei percorsi diagnostico terapeutici (e di prevenzione e riabilitazione) per singole patologie o per cluster di patologie nel loro articolarsi attraverso multi disciplinari e poliprofessionali ambiti erogativi di prestazioni in setting assistenziali virtualmente unificati nel necessario continuum ospedale-distretto sostenuto di norma da équipes ospedaliero distrettuali.

Antesignani di tale organizzazione sono stati nei decenni scorsi, in alcuni casi, le reti dei servizi di dialisi e quelli di salute mentale.

Senza una tale modalità di procedere il nostro obiettivo più personale e più investimenti anche regionali nel servizio sanitario pubblico contro i tagli e gli sprechi dei governi di centro sinistra e di centro destra, fallirebbe sul piano tecnico il suo obiettivo che è consentire alle persone / cittadini cure della massima efficacia in ragione delle più recenti acquisizioni della scienza biomedica.

QUESITO n. 3 - RIDUZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO

La letteratura scientifica mondiale attribuisce ad una programmazione ed organizzazione sanitaria inadeguata o addirittura errata almeno il 70 % delle responsabilità nella genesi di errori medici. La stessa sancisce chiaramente che l'unica possibilità di riduzione significativa di tale incidenza è attuabile solamente mediante una rigorosa correzione di tali fattori di rischio.

L'obiettivo consolidato dei sistemi sanitari avanzati è quello di garantire livelli adeguati di sicurezza programmatoria, organizzativa e clinica in tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali.

I Medici del Veneto credono fortemente in questo obiettivo, perché contribuisce ad elevare la sicurezza clinica del loro operato nei riguardi dei cittadini. Purtroppo il mondo politico e le aziende sanitarie della nostra Regione hanno fino ad ora sottovalutato il tema della "prevenzione e gestione del rischio clinico", preferendo scaricare la responsabilità delle loro omissioni sui medici.

COSA INTENDETE FARE CONCRETAMENTE PER ADEGUARE LA SANITA' VENETA IN MATERIA DI SICUREZZA PROGRAMMATICA, ORGANIZZATIVA E CLINICA ?

CORDIANO: Vale la risposta al quesito 2 integrata dalla seguente precisazione.

La gestione del rischio clinico è inscindibile sia dalla gestione generale della sicurezza (SPP) che dalla promozione della qualità delle attività cliniche e delle attività di supporto alle attività cliniche.

Per tale motivo mentre a livello di direzione strategica o generale ciascuna azienda sanitaria deve essere dotata di un Dipartimento di Qualità e Sicurezza che funga da supporto per la promozione della qualità e della sicurezza clinica e non in tutto il corpo della azienda sanitaria, a livello delle articolazioni operative aziendali, cliniche e non cliniche di supporto (Dipartimenti ed UU. OO.) la responsabilità deve essere in capo ai dirigenti di tali articolazioni operative (Direttori e Responsabili).

Il principio guida è che la qualità e la sicurezza di pazienti, degli operatori, dei visitatori e degli studenti in formazione non è un costo è un Diritto Costituzionale che ha una peculiarità: è la garanzia della massima minimizzazione dei costi, è il massimo dell'efficienza!!

QUESITO n. 4 - MEDICINA DIFENSIVA

I ripetuti ritardi ed omissioni della Regione e delle Aziende Sanitarie nel campo della programmazione sanitaria, della organizzazione dei servizi, della riduzione dei rischi generati da inadeguatezze di parte delle strutture sanitarie e della prevenzione del rischio clinico, l'impreparazione e superficialità delle stesse Istituzioni nella gestione della copertura assicurativa dei dipendenti, nonché la politica perseguita dalle Aziende di scaricare sui medici qualsiasi responsabilità degli eventi avversi, hanno determinato in questi un'ansia costante di incidente e/o errore.

Questa condizione emotiva, esaltata ancor più da carichi di lavoro eccessivi, da frequente sensazione di precarietà funzionale della struttura e dalla consapevolezza che con molta probabilità sarebbero abbandonati a se stessi dall'azienda in caso di incidente clinico, induce inevitabilmente nel medico un atteggiamento professionale di difesa (medicina difensiva).

Questa condizione, fortemente diffusa, genera in Italia una spesa incongrua (calcolata per difetto) di circa 13 miliardi di Euro e nella nostra Regione di circa 1 miliardo l'anno.

Tale enorme perdita economica non è certamente correggibile ignorandola o criminalizzando gli operatori sanitari per una situazione generata da un sistema di omissioni aziendali sistematiche.

QUALE AZIONI PENSATE DI PROPORRE NELL'IMMEDIATO PER CORREGGERE SIGNIFICATIVAMENTE QUESTA SITUAZIONE, TANTO ONEROSA PER LA COMUNITA' ?

CORDIANO: L'insieme delle risposte ai punti 2 e 3 va integrato con una opportuna politica assicurativa del servizio sanitario regionale che si fondi sul principio che i cittadini eventualmente vittime di errori clinici, e non, hanno diritto ad un risarcimento che consenta loro di colmare almeno i danni economici derivanti dalla eventuale inabilità temporanea o permanente. Tale tutela va gestita a livello regionale per ottimizzare competenze e risorse a utilizzare senza ricorso al mercato assicurativo.

QUESITO n. 5 - POLITICA DEL PERSONALE

Da tempo nelle aziende del Veneto, si è affermato strumentalmente il concetto che la sanità pubblica è un costo improduttivo ed il medico che lavora nelle sue strutture è un dipendente costoso e non una risorsa professionale qualificata.

In conseguenza di questa logica miope, nelle stesse aziende la politica del personale è stata sempre più:

- indirizzata alla compressione economica e professionale del costo del personale;

- caratterizzata da atteggiamenti dilatori, spesso autoritari ed a volte intimidatori nei riguardi degli stessi, con frequente negazione con ogni scusa dei diritti elementari;
- spinta alla drastica riduzione di qualsiasi forma di autonomia professionale dei medici.

Dinanzi a questo progressivo degrado dei comportamenti, che ha generato nei medici dipendenti sfiducia e disaffezione nei riguardi delle aziende, ha fino ad ora spiccato il "silenzio fragoroso" e probabilmente complice di buona parte del mondo politico Veneto.

PENSATE DI MODIFICARE DRASTICAMENTE IL COMPORTAMENTO DELLE AZIENDE, PENALIZZANDO LE DIREZIONI AZIENDALI CHE HANNO PERPETRATO TALI ABUSI ?

CORDIANO: La precitata politica di investimento ed incremento del personale del servizio sanitario regionale, nonché le precitate politiche per la qualità e la sicurezza non possono prescindere da una contemporanea valorizzazione dell'autonomia professionale che, non si dimentichi mai, va in ogni atto vincolata, e trova le sue opportunità nell'ambito dei, al pari delle attività degli, eletti nelle assemblee elettive e di quanti sono da queste delegati a governare, ai seguenti articoli della Costituzione che integralmente si riportano:

Art. 54. - Tutti i cittadini hanno il dovere di essere fedeli alla Repubblica e di osservarne la Costituzione e le leggi.

I cittadini cui sono affidate funzioni pubbliche hanno il dovere di adempierle con disciplina ed onore, prestando giuramento nei casi stabiliti dalla legge.

Art. 98. - I pubblici impiegati sono al servizio esclusivo della Nazione.

Se sono membri del Parlamento, non possono conseguire promozioni se non per anzianità.

Si possono con legge stabilire limitazioni al diritto d'isciversi ai partiti politici per i magistrati, i militari di carriera in servizio attivo, i funzionari ed agenti di polizia, i rappresentanti diplomatici e consolari all'estero.

In termini costituzionali l'autonomia professionale è peraltro un dovere civico !

QUESITO N. 6 - LISTE DI ATTESA

Le liste di attesa delle prestazioni specialistiche sono un cavallo di battaglia di molti candidati alle elezioni amministrative regionali della nostra Regione. Il problema è stato però affrontato fino ad ora in maniera demagogica e populista.

Studi scientifici internazionali hanno dimostrato che le cause della lunghezza delle liste di attesa sono molteplici e fra queste le più importanti sono quelle che agiscono sulla domanda.

Le azioni che si limitano ad aumentare l'offerta di prestazioni non riducono la lunghezza delle liste, perchè contestualmente aumenta anche la domanda.

Da tutto ciò ne derivano tre insegnamenti:

- è necessario agire su ambedue i fronti per avere delle probabilità di successo;
- l'azione sulla domanda deve basarsi sulla appropriatezza e sulla educazione sanitaria;
- le azioni su ambedue i fronti non possono essere lasciate alla buona volontà individuale, ma devono essere conseguenti ad una progettazione politica che le pianifica.

SARÀ DISPONIBILE AD UNA AZIONE POLITICA CHE, NELLO STABILIRE I CRITERI DI ACCESSO AI SERVIZI SPECIALISTICI, NON AGISCA SOLAMENTE SULLA SODDISFAZIONE DELLA DOMANDA MA ANCHE E SOPRATTUTTO SUL GOVERNO DI QUESTA MEDIANTE L'UTILIZZO DI CRITERI DI APPROPRIATEZZA ?

CORDIANO: Certamente sì, ma con le seguenti precisazioni:

a) Le liste non debbono essere di attesa ma di programmazione clinicamente ottimale e socialmente sostenibile, e non debbono essere costruite sulla base di inopinati, socialmente punitivi e discriminatori, nei fatti fonte di sprechi, criteri meramente di spesa.

b) Le prestazioni cliniche includono, non prescindono, dall'ottimale gestione della relazione clinica, (comunicazione profonda) di ciascun componente i team polidisciplinari e multi professionali con i pazienti.

Occorre eradicare qualsiasi concezione o stile comportamentale od organizzazione del lavoro che consideri i pazienti come occasioni di inopportuni inconvenienti invece che come persone il soddisfacimento dei cui bisogni di tutela della salute è per loro un diritto Costituzionale e per gli operatori sanitari ciò che ne giustifica la attività e la remunerazione professionale.

Si coglie l'occasione per riaffermare l'obbiettivo della eliminazione dei ticket.

QUESITO N. 7 - CONSEGUENZE DELLA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

Il Veneto recentemente mediante le schede aziendali di dotazione dei reparti e servizi e gli Atti aziendali si è dato una nuova organizzazione della rete di Strutture ospedaliere pubbliche. Nell'applicarla si registrerà un consistente numero di Unità Operative che dovranno essere soppresse.

In conseguenza di ciò c'è il rischio reale di perdita di professionalità e conoscenze a fronte di un ipotetico risparmio.

QUALE IMPEGNO INTENDE ASSUMERE LA SUA AMMINISTRAZIONE PER EVITARE QUESTO PERICOLO?

CORDIANO: La riorganizzazione della rete ospedaliera non può, non deve, è assolutamente sbagliato che sia riduzione numerica delle Unità operative! Tale visione è tecnicamente un clamoroso errore espressione di una visione ragioneristica burocratica ed incostituzionale politica e gestionale del servizio sanitario pubblico e di qualsiasi organizzazione sanitaria.

Le attuali incalzanti, efficaci, estesissime innovazioni nella tecnologia sanitaria impongono la trasformazione delle equipe organizzate sulla base delle discipline affermatesi alla fine del 1900 in team multi professionali e polidisciplinari "superspecialistici integrati per obiettivi clinici" la cui operatività è così complessa da non potersi espletare senza competenze direzionali sofisticate e di altissima autonomia e responsabilità professionale clinico-organizzativa.

Quindi meno e più grandi ospedali per acuti, totale integrazione nel dimensionamento e nell'attività delle risorse umane con i distretti, necessariamente più unità operative, anche "ospedaliero-territoriali".

QUESITO N. 8 - DEOSPEDALIZZAZIONE DEI PAZIENTI E STRUTTURE INTERMEDIE

I documenti regionali di programmazione sanitaria stabiliscono che è necessario attivare un'adeguata offerta di "ricovero intermedio" in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia possibile un percorso di assistenza domiciliare e risulta comunque impropria la ospedalizzazione.

QUALE IMPEGNO ATTUATIVO CONCRETO INTENDE PRENDERE LA SUA AMMINISTRAZIONE NEI CONFRONTI DI QUESTO ARGOMENTO ?

ESCLUDENDO I POSTI LETTO DEI CENTRI SERVIZI (EX CASE SI RIPOSO), COME INTENDE FINANZIARE LA REALIZZAZIONE DEI POSTI LETTO NECESSARI PER LE STRUTTURE INTERMEDIE ?

CORDIANO: Le cosiddette strutture intermedie, necessariamente di riabilitazione estensiva, sono strutture non di rado espressione di visioni angustamente corporative dove si mistifica il parcheggio di pazienti mal diagnosticati o a torto ritenuti di scarso interesse professionale e scientifico da tenersi fuori di casa e fuori dagli ospedali.

Partendo dal principio che non esiste un paziente non interessante dal punto di vista scientifico e professionale e che occorre il setting di vita sociale, obbiettivo oggi più facile da ottenersi a seguito dei progressi delle tecnologie terapeutiche e diagnostiche e delle potenzialità dell'e-health, che consente la domiciliarizzazione dell'assistenza, sia nei domicili privati che nelle residenze sociali, le strutture "intermedie", vanno collocate in continuità e contiguità con sedi distrettuali a diversi livelli di dotazione strumentale da prevedersi in ogni comune ed in ogni quartiere delle grandi e medie città.

QUESITO N. 9 - CURE PRIMARIE

In un momento storico di grande - eccessiva attenzione ai conti del bilancio, riveste una priorità assoluta il supporto alle cure primarie per intercettare sul territorio tutte le necessità assistenziali che non hanno un bisogno indispensabile di ricovero ospedaliero,.

QUALE IMPEGNO INTENDE PRENDERE PER GARANTIRE ALLE CURE PRIMARIE E ALLA RETE DEI SERVIZI TERRITORIALI LE RISORSE E PERSONALE QUALIFICATO PER ASSICURARE AL TERRITORIO LA POSSIBILITÀ DI UNA ADEGUATA ASSISTENZA ED EVITARE IL RICORSO IMPROPRIO ALL'OSPEDALE ?

CORDIANO: La riorganizzazione, l'adeguamento e lo sviluppo del servizio sanitario pubblico nel senso dell'integrazione ospedaliero - distrettuale come sin qui illustrato, seppur necessariamente solo per principi di politica sanitaria in attuazione della Costituzione, è semplicemente impossibile senza lo sviluppo delle cure primarie che ci si impegna a perseguire nel quadro di una battaglia politica contro il defianziamento dei governi nazionali e regionali del servizio sanitario pubblico.

QUESITO N. 10 - RAPPORTO MEDICO - ASSISTITO

La qualità del rapporto medico-assistito è da sempre considerato fattore essenziale per l'esito dell'approccio sia di tipo preventivo che diagnostico - terapeutico.

Per quanto riguarda poi le cure primarie, la continuità del rapporto fiduciario dell'assistito con il proprio curante è universalmente riconosciuta come elemento prioritario di qualità assistenziale.

Purtroppo una serie di fattori rischiano di indebolire il primo e fondamentale requisito del processo di cura e assistenza.

Fra questi i più importanti e deleteri sono:

- la sterminata possibilità di libero accesso ad una informazione non validata dal punto di vista scientifico,
- l'aumento esponenziale della conflittualità,
- l'esagerata burocratizzazione dei percorsi assistenziali,
- le ipotesi di programmazione delle cure primarie basata più sulla "organizzazione" che sulla "relazione"

COME INTENDE SALVAGUARDARE NELL'AMBITO DELLE CURE PRIMARIE IL RAPPORTO MEDICO-ASSISTITO E RINFORZARNE LA CONTINUITÀ FIDUCIARIA ?

CORDIANO: Preliminarmente occorre osservare, circa la sterminata possibilità di libero accesso ad una informazione non validata dal punto di vista scientifico, che necessita assumere un dato di realtà e cogliere che una nuova frontiera di attività professionale sofisticata si è aperta con il diffondersi della rivoluzione delle tecnologie della comunicazione, dei media.

Ciò comporta che l'attività medica e delle professioni sanitarie in generale, non può non espletarsi anche in forma di assistenza nella formazione della cultura sanitaria "Web mediata" dei pazienti.

Anche in tale ambito "la miglior terapia è la prevenzione del danno" che va conseguita "anticipando la "mala informazione" mediatica con l'uso e la promozione di materiali educativi web-mediati da inserirsi ordinariamente nella relazione clinica con i pazienti, nella varie forme ed occasioni singole o collettive nelle quali si può espletare anche ricorrendo alla partecipazione in tal senso al "paziente esperto", anche lui informalmente mobilitato o attivo attraverso organizzazioni del volontariato.

L'esagerata "burocratizzazione dei percorsi assistenziali e la programmazione delle cure primarie in maniera distorta basata più sulla "organizzazione che sulla "relazione", cioè l'ottuso, a-sociale ed a-tecnico tentativo di risparmio della spesa sanitaria realizzando barriere finanziarie od organizzative all'accesso alle prestazioni assistenziali specialistiche delle varie tipologie, altro non sono che il risultato del "de finanziamento" della "politica", delle ideologie del "razionamento" del management delle aziende sanitarie e dell'accettazione possibile.

Tutt'altro è la corretta gestione organizzativa dei percorsi assistenziali che non può esimersi dalla accurata attestazione informatizzata degli atti clinici e dei rapporti di coordinamento e consulenza tra specialisti e professionalità.

Circa l'aumento della conflittualità va osservato che essa non nasce dal nulla, ne dalla mera maleducazione sanitaria e sociale.

Essa nasce in primo luogo, nel contesto di ideologie dominanti che mis-interpretano la opportuna affermazione dei diritti individuali come individualistica competizione nella giungla sociale, dal mix tra il timore di non veder risolto il problema clinico proprio o dei propri cari e la mancanza di relazione nel rapporto medico (ed operatore sanitario in genere) / paziente.

Occorrono in proposito franche autocritiche! Non sono rari atteggiamenti di distacco dai problemi della persona malata della quale si vede e si gestisce clinicamente e con tensione a sottrarsi alle responsabilità clinico professionali, altrimenti dette medicina difensiva, un organo, raramente di più, e non si gestisce, interagisce, interviene sui complessi meccanismi che regolano l'insieme bio/psico/sociale.

Tali comportamenti appaiono alla fine come inettitudine professionale!

La salvaguardia nell'ambito delle cure primarie del rapporto medico-assistito ed il rinforzo della, indispensabile, continuità fiduciaria è obiettivo politico ma anche tecnico-professionale e deontologico.

Per realizzarlo va costruita una sinergia positiva tra indirizzo politico ed autonomia tecnico professionale di medici e professionisti sanitari esattamente opposta a quella che ad ora si registra con, da una parte, il de-finanziamento e la privatizzazione, anche della medicina di base, che "la politica" nei fatti persegue, e, dall'altra, il nostalgico, apparentemente ma nei fatti antistorico e corporativo, riproporre una relazione medico (di base)/paziente mutuata da una medicina "mono professionale" di tempi passati che non è riproponibile nel tempo dei percorsi assistenziali diagnostico terapeutici multi professionali e polispecialistici dei quali il medico di medicina di base deve essere, al contempo, regista e garante agli occhi del paziente.

Si deve in altre parole superare "il rapporto fiduciario medico/paziente" nel "rapporto fiduciario team assistenziale/paziente", ovviamente impegnandosi la "politica" a finanziarlo e perseguirlo e tutti i medici, anche "ospedalieri" ed i professionisti della salute, non solo i medici di base, a perseguirlo sul piano tecnico e deontologico.

QUESITO N. 11 - FORMAZIONE CONTINUA DEI MEDICI

La formazione continua nella professione medica è un processo permanente e rappresenta, assieme all'esperienza clinica e allo studio - aggiornamento autonomo, uno dei cardini della crescita professionale dei medici.

La formazione medica permanente nella nostra Regione, nell'ambito delle cure primarie, ha sempre coinvolto attivamente i professionisti stessi in tutte le fasi realizzative, integrando i bisogni e le esigenze della professione con quelli dell'utenza e del sistema sanitario regionale.

La Regione, invece che estendere questo modello condiviso anche con i medici della dipendenza, delega ora i percorsi di formazione continua di tutti i medici ad organismi esterni alle professioni. Ne consegue l'inevitabile impossibilità alla completa identificazione dei bisogni formativi, alla loro soddisfazione ed alla puntuale ed omogenea risposta ai bisogni assistenziali dell'utenza.

COME RITIENE CHE POSSA ESSERE GARANTITA LA FORMAZIONE CONTINUA DEI MEDICI, FINALIZZATA ALLA SODDISFAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI, SENZA IL COINVOLGIMENTO DELLE PROFESSIONI IN OGNI SUA FASE ?

CORDIANO: Non v'è dubbio che la formazione dei medici e delle altre professionalità partecipanti alle attività assistenziali debba essere ricondotta nell'ambito delle responsabilità direzionali dell'articolato aziendale (dipartimenti, unità operative e moduli organizzativi).

E', nei fatti, responsabilità di chi espleta funzioni direzionali la valutazione costante della qualità delle prestazioni assistenziali erogate e la promozione di iniziative adeguate al suo incremento nella tensione costante al miglioramento delle performances cliniche ed alla acquisizione delle nuove tecnologie diagnostico terapeutiche necessaria ai singoli ed ai cluster di percorsi assistenziali diagnostico terapeutici di norma ospedaliero distrettuali.

Occorre far sì che tali attività di formazione continua si svolgano in un contesto ed in un clima di

cooperazione coordinata dei componenti i team multidisciplinari e poliprofessionali anche quando esse abbiano ad oggetto competenze specifiche delle varie discipline specialistiche e professionalità.

In tal senso le funzioni di supporto alle formazione continua, interne od esterne alla aziende sanitarie ed al loro coordinamento regionale, non possono in alcun modo sostituire la responsabilità delle predette direzioni nella individuazione, promozione e valutazione finale dei risultati della attività di formazione continua.

PROMOTORI

AAROI EMAC, ANAAO ASSOMED, ANPO ASCOTI FIALS Medici, CIMO, CISL Medici, FASSID (SIMET - SNR), FIMMG, FIMP, FVM, FP CGIL Medici, UIL FPL Medici

Ordine Provinciale Medici Chirurghi e Odontoiatri di Vicenza

TDM CITTADINANZATTIVA DEL VENETO