“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

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 ?

BERTI: Il movimento 5 stelle da sempre è convinto che l’invadenza della politica nella gestione della cosa pubblica abbia procurato notevoli danni. Quindi riteniamo che gli operatori del settore in base alle proprie competenze debbano rimpossessarsi della gestione della sanità, è auspicabile la creazione di comitati di gestione che possano predisporre piani sanitari adeguati al territorio di appartenenza sia dal punto di vista economico e sanitario, fermo restando un indirizzo di base uguale per tutte le realtà del territorio veneto che dovrà essere stilato in ambito regionale da un comitato rappresentativo di tutte le categorie che compongono l’universo sanità .

MORETTI: Il punto di partenza di una buona sanità è che sia gestita e organizzata da professionalità competenti scelte con criteri oggettivi di merito. In questi anni la qualificazione delle professionalità è stata sacrificata, avendo impatto negativo sia a livello micro, nella gestione delle singole realtà aziendali, che a livello macro nell’applicazione della programmazione regionale.
In merito al livello micro, spesso, la giustificazione utilizzata è stata la necessaria connotazione fiduciaria delle persone incardinate nei posti di responsabilità. Al fine di superare tale impostazione di governo bisognerà dare concretezza a leve gestionali e contrattuali. Penso alla valutazione delle performance (dalle direzioni strategiche ai dirigenti delle strutture semplici), alla natura degli incarichi dei medici e alle modalità di assegnazione e conferma degli stessi. In merito alla valutazione delle performance, un elemento che solleva dubbi è il fatto che le rimozioni dei direttori di azienda prima della scadenza dell’incarico siano state, in questi anni, pochissime e comunque mai per giustificazioni espresse riferibili a performance negative. Bisognerà, quindi, dar maggior peso ai criteri di valutazione e agli esiti degli stessi. Oggi le valutazioni espresse in merito alle direzioni strategiche sono per lo più di provenienza politica, ossia dalla Giunta regionale, dalla Commissione consiliare competente e dalla Conferenza dei sindaci, ma nulla viene chiesto agli attori principali del sistema, ovvero alle figure sanitarie e tra queste ovviamente ai Medici. Inserirò, quindi, nel meccanismo di valutazione, secondo modalità da condividere, il giudizio da parte degli operatori e tra questi dei medici, in relazione alla qualità dell’azione gestionale della Direzione. In merito agli incarichi dirigenziali, bisognerà fornire riscontro oggettivo dell’effettività delle responsabilità e della rispondenza della professionalità individuata a ricoprirle. Non sarà, quindi, più possibile individuare dipartimenti che non hanno funzioni ed obiettivi individuati e quantificabili rispetto alla strutture incardinate negli stessi, così come gli incarichi professionali dovranno necessariamente essere non solo assegnati ma anche confermati solo a fronte di dati di attività adeguati al ruolo.

In merito al livello macro, soprattutto in relazione alle modalità allocative delle risorse economiche e tecnologiche si sono utilizzati, laddove esistenti, criteri di scelta poco trasparenti. Due esempi valgano come riferimento: la gestione accentrata del FSR e il piano di acquisto delle apparecchiature. Sarà nostra cura fare una scelta accurata dei direttori e dirigenti del settore attraverso una valutazione terza e imparziale delle competenze tecniche e curriculari del singolo e delle esperienze acquisite, attraverso un colloquio iniziale basato sia su aspetti psico-attidudinali che tecnico gestionali oggettivamente misurabili e trasparenti a tutti. Ad incarico assegnato, inoltre, verrà costantemente monitorata l'attività svolta e i risultati raggiunti, pena cessazione anticipata dell'incarico.
Per concludere reputo fondamentale sottolineare in breve due punti che riassumono la mia intenzione in ambito di politiche sanitaria: in primo luogo è necessario ripristinare i momenti legali di confronto in tutte le sedi ed in tutti i luoghi previsti; in secondo luogo la selezione dei Dirigenti dei vari settori sarà operata in completa trasparenza con meccanismi comprensibili agli operatori ed ai cittadini.

ZAIA: C'è una legge chiara da applicare e chi non la applica deve essere denunciato.
I partiti politici, in ogni caso, non devono creare ingerenze nella gestione della sanità e, in generale, della cosa pubblica.

QUESITO n. 2 - REQUISITI MINIMI ORGANIZZATIVI, TECNOLOGICI E FUNZIONALI

Il diritto costituzionale alla salute ed alle cura 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. ?

BERTI: L'organizzazione è la base perché una macchina complessa possa funzionare correttamente, il movimento è disponibile come in parte già sopra descritto a un coinvolgimento delle varie figure sanitarie nella formulazione di livelli essenziali organizzativi che siano da guida e da protezione all'operato delle varie figure.

MORETTI: L'impegno a correggere questo errore culturale e politico è già nel mio programma elettorale e l'ho enunciato più volte nei miei incontri. Bisogna ripartire dallo spirito originario della CRITE (Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia) in cui lavoravano fianco a fianco dirigenti regionali e medici ospedalieri e universitari della nostra Regione. Oggi la CRITE è diventata sempre più formalmente collegiale e sempre più distante dalle logiche migliorative dell'efficienza ed efficacia allocativa degli investimenti strutturali e tecnologici.
In quella sede si deve tornare a parlare e discutere positivamente dei LEO con chi quotidianamente "vive" le nostre strutture assistenziali ed i vari presidi territoriali. La CRITE dovrà essere organizzata per ambiti e tematiche di lavoro diverse e specifiche, che riguardano prioritariamente la qualità e l'esito della prestazione, sicurezza del paziente, formazione e professionalità del professionista, tecnologia, struttura ed organizzazione. In questo modo si tornerà a coinvolgere effettivamente e concretamente tutti i diversi soggetti sanitari attivi nella nostra Regione utilizzandone positivamente le competenze che sono state svilite e inascoltate negli ultimi anni, permettendo così di definire i requisiti minimi strutturali, organizzativi, tecnologici e funzionali delle strutture sanitarie.

Contestualmente, per quel che riguarda il sistema di autorizzazione e di accreditamento, il nostro obiettivo è far si che tutte le strutture che erogano un servizio sanitario o sociosanitario siano verificate in modo imparziale. Ogni organismo accreditante, sia esso rappresentato da un agenzia regionale, un centro regionale o un ufficio, non deve assolutamente delegare la gestione e organizzazione delle verifiche alle aziende sanitarie locali, dove in molti casi il verificatore appartiene alla stessa azienda che poi stipula il contratto di acquisto di prestazione.

ZAIA: L'approvazione delle schede di dotazione ospedaliere e territoriali, in esecuzione del PSSR 2012-2016, è finalizzata ad adeguare l'organizzazione delle strutture e l'offerta di servizi sanitari alle attuali esigenze della popolazione, secondo logiche di rete e di sostenibilità del sistema, riducendo il carico improprio che grava sulle strutture ospedaliere e valorizzando il ruolo del territorio nella presa in carico della cronicità:
per quanta riguarda l'accreditamento e, più in generale, i requisiti di qualità è di fondamentale importanza il confronto con le altre realtà nazionali ed europee: il Veneto è la Regione capofila per l'Italia della Rete HOPE (European Hospital and Healthcare Foundation), Federazione di ospedali e servizi sanitari che coinvolge 27 Paesi europei. HOPE promuove la diffusione di standard qualitativi uniformi in ambito europeo e collabora con diversi network per migliorare e uniformare l'organizzazione dei servizi sanitari. Insieme a EURORDIS (federazione di 676 organizzazioni di malati in 63 paesi, che dà voce a 30 milioni di persone affette da malattie rare in Europa) e ad Accreditation Europe ASBL, HOPE fa parte del Consorzio che sta predisponendo il manuale con i requisiti degli ERN - European Reference Networks, le Reti Sanitarie di eccellenza previste dalla Direttiva Europea sulla libera circolazione dei pazienti (Direttiva 2001/24/EU);
sono stati potenziati i servizi territoriali (vedere le risposte successive, in particolare n. 9 e n. 10);
è stata operata una razionalizzazione della rete ospedaliera: la programmazione dei posti letto è stata determinata per ogni singola specialità su bacini d'utenza e relativo fabbisogno, con riferimento anche alle dinamiche di innovazione e di progresso tecnologico, le quali permettono, ad esempio, di effettuare molte prestazioni in regime ambulatoriale e non di ricovero;
è stato valorizzato il ruolo della Commissione Regionale per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (C.R.I.T.E.): in una fase caratterizzata dalla scarsità di risorse finanziarie disponibili, viene data priorità agli investimenti strutturali e tecnologici che garantiscono i più elevati livelli di efficacia ed efficienza al Sistema Sanitario Regionale (SSR) nel suo complesso.

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 PROGRAMMATORIA, ORGANIZZATIVA E CLINICA ?

BERTI: Il sistema sanitario è un sistema complesso quindi l'errore e la possibilità di incidente non sono eliminabili ma devono essere attuati tutti gli interventi possibili perché siano, perlomeno, ridotti.
Stabilito che il sistema sanitario non può considerarsi esente da rischi e, dunque, da incidenti, la domanda che ci si pone è piuttosto semplice, ma nel contempo estremamente significativa: è possibile controllare e prevenire il rischio clinico? La risposta è certamente sì, ma attraverso

una molteplicità di azioni che coralmente contribuiscano al raggiungimento dell'obiettivo. PRIMO PASSO CREARE UNA CENTRALE DEL RISCHIO A LIVELLO REGIONALE CHE INDIVIDUI LE LINEE GUIDA DA ADDOTTARE E SVILUPPARE NEL TERRITORIO, E DELLE CENTRALI PERIFERICHE, LE QUALI ADEGUERANNO ALLA PROPRIA REALTA' LE LINEE. Particolare attenzione deve essere prestata al coinvolgimento di tutto il personale sanitario, sollecitato in ogni fase a formulare suggerimenti e proposte. Naturalmente è sottinteso che la Direzione aziendale deve essere partecipe e di stimolo.

MORETTI: Come la qualità anche la gestione della sicurezza del paziente - rischio clinico è diventata per l'attuale governo regionale un semplice esercizio burocratico e amministrativo privo di qualsiasi azione e contenuto concreto. Molte delibere sono state fatte dal 2008 ad oggi con presupposti ambiziosi ma rimasti sulla carta. Ogni azienda Ulss con il proprio referente per la sicurezza ha gestito la materia con proprio spirito di iniziativa e intraprendenza in totale assenza di una guida regionale, indifferente alle tematiche in questione e inadeguata nel creare un programma regionale per la sicurezza del paziente.
E' necessario sviluppare un programma regionale per la gestione del rischio basato sulla prevenzione e diffusione di una cultura della sicurezza del paziente, con un forte coinvolgimento degli operatori sanitari volto a:
1. creare gruppi di lavoro con i professionisti del settore per la definizione di Linee guida e raccomandazioni finalizzate al contenimento del rischio clinico;
2. istituire i Comitati Aziendali per la Prevenzione del Rischio Clinico che per ciascuna Azienda, e nel rispetto delle singole specificità, elaborino delle linee guida e delle procedure su cui poi i Risk Managers aziendali possano svolgere un'adeguata opera di formazione collettiva ed individuale
3. stabilire un investimento dedicato e specifico per lo sviluppo di una formazione obbligatoria in aula e sul campo rivolta agli operatori del sistema sanitario regionale, con un focus specifico alla formazione in sala operatoria e all'utilizzo di check-list. La sensibilizzazione del personale sanitario di sala operatoria sull'utilizzo delle check list in sala operatoria ridurrebbe il rischio del verificarsi di errori che, talvolta, come abbiamo potuto constatare anche tramite la stampa in questi giorni, possono diventare fatali per la vita del paziente;
4. monitorare periodicamente l'attività svolta e i risultati raggiunti da ogni azienda sanitaria pubblica e privata accreditata/convenzionata con il SSR, in materia di sicurezza del paziente, con indicatori specifici e misurabili;
5. identificare la gestione del rischio clinico come uno degli obiettivi prioritari da assegnare ad ogni direzione generale, dal quale dipenderà parte degli incentivi.
6. definire una sezione specifica di standard e requisiti, relativi alla sicurezza del paziente, obbligatori e imprescindibili sia per le aziende sanitarie pubbliche che per le strutture private per accedere/confermare l'accreditamento istituzionale.
7. definire un programma per la gestione della sicurezza del paziente per l'assistenza sanitaria residenziale e semiresidenziale (case di riposo, ospedali di comunità, cure primarie), che coinvolge una grande fetta di popolazione fragile.

ZAIA: Riduzione e gestione del rischio clinico sono state perseguite in continuità con le disposizioni della DGR 1831/2008 in tema di rischio clinico, nella quale venivano già previsti, in ogni Azienda, la nomina del Responsabile per la sicurezza, del Nucleo aziendale per la gestione del rischio clinico e del Nucleo valutazione sinistri.
Nel corso del mandato della Giunta Zaia sono stati approvati importanti provvedimenti di sistema, tesi al rafforzamento strutturale della gestione del rischio clinico partendo dall'analisi degli aventi avversi, attraverso la valorizzazione del ruolo dei risk manager

nominati in ogni Azienda per diffondere la cultura della sicurezza in ogni struttura e attraverso lo studio dell'errore:

- **nell'ambito dell'intensificazione e dell'approfondimento delle politiche di clinical governance finalizzate alla riduzione del rischio, i principi di sicurezza perseguiti con i provvedimenti e le attività formative — coordinate dalla Regione — dedicate al personale del SSR sono stati declinati per la prima volta per il 2014, ed ulteriormente rielaborati in ordine agli aspetti del rischio clinico per l'anno 2015, quali obiettivi strategici per i Direttori Generali delle Aziende e degli Istituti del SSR;**
- **nell'ottica di incrementare la tutela della salute dei cittadini e a garanzia di professionisti e operatori del SSR, la DGR 567/2015 richiama le Aziende all'introduzione di uno specifico strumento volto a misurare ed ottimizzare la gestione del rischio clinico, in termini organizzativi e di efficacia ed appropriatezza delle prestazioni. Tale strumento consiste in un questionario autovalutativo della maturità organizzativa delle Aziende nell'applicazione della metodica di analisi e di gestione del rischio clinico, basata su una logica progressiva di miglioramento, volta al graduale raggiungimento di eccellenti livelli di sicurezza clinica ed organizzativa in tutti i percorsi assistenziali e di cura, sia negli ospedali che nel territorio. La Regione verificherà la corretta applicazione di questa innovazione e provvederà al monitoraggio delle relative azioni di miglioramento e contenimento del rischio;**
- **è previsto di intensificare ulteriormente l'utilizzo di strumenti di controllo e verifica, potenziare le unità medico legali a servizio della cultura della sicurezza ed implementare ulteriormente le strategie di contenimento del rischio anche attraverso l'analisi della reportistica in tema di richieste di risarcimento danni e di eventi sentinella, oltre alla verifica delle azioni di miglioramento poste in essere, attività orientate altresì a prevenire i contenziosi e a rafforzare l'alleanza tra paziente e medici e tra medici ed Azienda;**
- **si evidenzia l'importanza dell'adozione delle 16 raccomandazioni ministeriali in tema di sicurezza del paziente a livello aziendale che, secondo un monitoraggio annuale da parte della Regione, hanno una percentuale di applicazione pari al 89%, con 6 Aziende su 24 che ne hanno recepito il 100%;**
- **sin dal 2013, il Veneto è stata una delle prime Regioni ad identificare come requisito obbligatorio per tutte le strutture sanitarie l'utilizzo della check-list di sala operatoria, utilissimo strumento per la sicurezza del paziente nel corso degli interventi chirurgici, e che le strutture regionali stanno monitorando la corretta applicazione della stessa.**

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' ?

BERTI: Come movimento riteniamo che il buon nome e l'immagine dei propri dipendenti debba essere difesa in tutte le sedi, sia mediante l'accensione di polizze opportune, sia con la rivalsa verso tutti coloro i quali abbiano espresso a vario titolo richieste non motivate lesive del buon nome del dipendente ivi compreso chi ne avesse certificato eventuali danni. va da se che il dipendente deve esse in grado di adempiere al proprio servizio in modo scrupoloso e preciso mediante LEO e aggiornamenti continui e siano chiari ai pazienti condizioni attuali e rischi derivanti dall'esercizio delle varie metodiche.

MORETTI: L'approccio alla gestione del rischio clinico deve essere visto in termini olistici, ossia come la gestione di un sistema complesso multidisciplinare sia clinico che non clinico.
Non dimentichiamo, infatti, che la gestione del rischio si collega in maniera naturale con la parte assicurativa, sia aziendale sia del singolo professionista, area che l'attuale governo regionale ha trattato in modo superficiale.
Oggi, quindi, per via di una politica sulle assicurazioni miope, le aziende ULSS sono già in un sistema di autoassicurazione che non assicura il medico, obbligato quasi sempre a farsi un'assicurazione propria e/o ad attuare medicina difensiva.
La riduzione a 8 ULSS e adeguate politiche sul rischio clinico permetteranno alle aziende ULSS di poter finalmente tornare a stipulare assicurazioni adeguate.

ZAIA: La "medicina difensiva" si sostanzia nell'impiego da parte di personale sanitario di misure diagnostico-terapeutiche finalizzate essenzialmente a garantire le responsabilità conseguenti alle cure prestate in caso di contenzioso, limitandone nel contempo lo stesso. Rappresenta un fenomeno che confligge, tra le altre, con le norme che prevedono che possano essere erogate esclusivamente prestazioni appropriate, tali da soddisfare il principio dell'efficacia e dell'economicità nell'impiego delle risorse.
Per arginare tale fenomeno, che trova diffusione nel territorio nazionale, la Regione del Veneto ha:
- **attivato, da tempo, tavoli tecnici per la formulazione di linee guida, documenti di indirizzo e percorsi diagnostico terapeutici finalizzati a garantire gli operatori nella richiesta di approfondimenti diagnostici appropriati;**
- **provveduto ad autorizzare il rinnovo delle attrezzature tecnologiche per conseguire il miglioramento dello standard qualitativo delle tecniche diagnostiche e cliniche;**
- **curato l'introduzione e l'ampliamento dell'utilizzo della cartella clinica elettronica la quale, oltre ad essere una modalità che meglio garantisce la sicurezza del paziente, costituisce un valido strumento probatorio per fornire maggior tutela agli operatori;**
- **partecipato attivamente ai tavoli nazionali per la definizione di progetti di legge per la depenalizzazione delle fattispecie coinvolgenti le ipotesi di colpa medica;**
- **con riferimento alle garanzie di tipo assicurativo, si conferma in capo ad ogni Azienda, in quanto datore di lavoro, l'obbligo di mantenere ogni garanzia a tutela del personale SSR, per eventuali errori commessi dai dipendenti - medici ed operatori - nell'esercizio delle attività professionali istituzionali (inclusa l'attività intramoenia). Ciò significa che, anche ove non sia presente una polizza e/o nei limiti di franchigia, l'Azienda Sanitaria resta direttamente obbligata a garantire i propri dipendenti, come da previsione di legge e da contrattazione collettiva nazionale.**

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 ?

BERTI: I governi di destra e sinistra che fino ad oggi si sono succeduti, sono la causa di questo malessere e l'atteggiamento delle varie direzioni non è altro che l'indirizzo ricevuto dalla regione figlia di questi governi. Il movimento si farà interprete di questo malcontento producendo politiche che coinvolgano la classe medica nella gestione della sanità.

MORETTI: L'ossessione economicista che negli ultimi anni Zaia ed i suoi Dirigenti hanno manifestato è stata poi declinata diversamente dai DG nelle varie Ulss ed AO con due risultati nefasti:
1. a parità di qualifica e funzione vi siano macroscopiche differenze individuali e collettive nel nostro territorio regionale;
2. la carenza di personale e la mancata evasione delle richieste di assunzione ha portato ad uno stress organizzativo, a turnistiche e a monte-ore straordinari di dubbia umanità che hanno peggiorato il clima e diminuito la spinta motivazionale.
E' oggettivamente necessario rivedere la "macchina regionale" nelle sue diverse articolazioni centrali e territoriali perché a fronte di decisioni maturate nelle sedi preposte nessuno da Venezia ne controlla l'applicazione o interviene in caso di palese disattenzione. Non è accettabile, infatti, che a fronte di piante organiche e di un turn over garantito da leggi nazionali e regionali il DG della Sanità e Sociale della nostra Regione decida monocraticamente le autorizzazione all'assunzione di personale di varia qualifica, di concedere le posizioni apicali e di effettuare deroghe alle regole.
A questo fine la mia proposta si articola in due parti: effettiva partecipazione del personale sanitario alla definizione delle politiche, come evidente anche dalle altre risposte ai vostri quesiti, e un piano delle assunzioni che era già mia intenzione presentare entro 15 giorni.

ZAIA:

- **È stato più volte ribadito l'obbligo, da parte delle Direzioni Aziendali, di attuare gli indirizzi e le direttive regionali, in particolare quelle attinenti alla gestione del personale;**
- **il contratto dei Direttori Generali delle Aziende/Istituti del SSR prevede espressamente, quale causa di risoluzione dello stesso, il mancato rispetto delle direttive della Giunta Regionale.**

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 ?

BERTI: Siamo disponibili a condizione che siano rispettati i principi del movimento, non vi siano corsie preferenziali discriminati, ma tutto il comparto pubblico e privato sia omogeneo nella erogazione dei servizi.

MORETTI: Condivido sinceramente questa vostra posizione. Dobbiamo passare dalla "politica dell'annuncio e delle prestazioni in notturna" ad una rivisitazione seria e concreta dell'appropriatezza prescrittiva, oltre ad un adeguato piano delle assunzioni come sopra indicato. La ricetta elettronica non deve essere un mero strumento di controllo economico e coercitivo verso i MMG, i PLS e gli specialisti ambulatoriali. Piuttosto intendo favorire un confronto serio con tutte le categorie mediche che, insieme agli organi regionali, devono porsi l'obiettivo di far effettuare visite e prestazioni ai nostri cittadini "perché servono e quando servono" ponendo i costi in secondo piano. Non desidero affermare che il tema costi non sia importante, ma che a parità di costi ed evitando esami e visite inutili riusciremo a soddisfare la domanda concreta di chi ha bisogno per eventi acuti o per patologie croniche. Questo risultato lo si raggiungerà lavorando insieme per tavoli ed aree specifiche e prioritarie concorrendo alla condivisione intelligente tra chi prescrive e chi eroga i servizi.

ZAIA: Gli interventi della Regione del Veneto sulle liste d'attesa sono da tempo centrati sulla domanda ed in particolare sull'appropriatezza della stessa:

- **il problema dell'inappropriatezza delle prestazioni va affrontato in modo ampio e condiviso. I criteri base sull'appropriatezza prescrittiva dovrebbero essere definiti in primo luogo dai medici e dalle società scientifiche, con il supporto delle organizzazioni sindacali;**
- **la Regione è disponibile a collaborare con queste realtà al fine di arrivare ad una definizione condivisa dei criteri di appropriatezza prescrittiva, ma è chiaro che c'è bisogno di un grande sforzo comune per arrivare ad un utilizzo sistematico, da parte di tutti gli operatori, di criteri di questo tipo;**
- **da un punto di vista più ampio, va rilevato che la Regione del Veneto è una delle realtà più avanzate nell'implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr) il quale, una volta a regime, costituirà un prezioso strumento informativo e operativo a disposizione dei prescrittori, finalizzato ad incrementare l'efficienza del sistema nel suo complesso e l'efficacia e l'appropriatezza delle prescrizioni.**

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 ?

BERTI: Le attuali schede ospedaliere vanno riviste e riorganizzate sulla base di criteri oggettivi e non politici. Certamente non vanno ridotti posti letto per acuti fintanto che non si è realizzata una rete di medicina territoriale capace di accogliere i pazienti dimessi dall'ospedale ma che necessitano ancora di assistenza.

MORETTI: Dobbiamo rivedere quanto è stato approvato in tal senso. Poiché la riorganizzazione territoriale nei fatti non è stata pressoché avviata Zaia ed i suoi tecnici stanno "chiudendo le UO" senza una reale programmazione che salvaguardi le professionalità che le compongono e le esigenze di chi usufruisce dei loro servizi. Questo accade in quanto "dovendo politicamente salvaguardare il numero delle Ulss" ci si è concentrati sulla presenza delle UO in un determinato ambito territoriale non considerando affatto cosa accadeva nelle Ulss vicine né le fughe e l'attrazione extra Ulss esercitate dalle singole Ulss. La soppressione non ha senso se non si accompagna ad un'idonea ricollocazione personale e di gruppo di quei professionisti che attualmente vedono oggettivamente frustrati e considerati inutili i loro anni di studio e di esercizio professionale. Dovremo lavorare insieme e caso per caso per superare l'inefficienza organizzativa regionale e quella locale dei DG delle Ulss e delle AO. La riduzione a 8 delle nostre Ulss consentirà una seria riduzione dei "costi improduttivi" ed una rimodulazione delle UO che in ambiti geografici più ampi ma oggettivamente adeguati alle esigenze della popolazione residente potranno collocarsi adeguatamente per qualità e quantità.

ZAIA: Il numero delle strutture semplici è stato ridotto al fine di rispettare standard nazionali (art. 2, cc. 71 e 72, della L. 191/2009 e art. 12 del Patto per la Salute 2010-2012), che costituiscono al tempo stesso adempimenti rilevanti ai fini LEA.
La Regione si è già attivata al fine di evitare possibili perdite di professionalità e di conoscenze; va in ogni caso evidenziato che da questa operazione non è previsto alcun risparmio a livello regionale. Sono già state attivate le seguenti iniziative:

- **al fine di valorizzare le professionalità dirigenziali del Servizio Sanitario Regionale e di limitare le possibili criticità, un'apposita deliberazione (DGR 1099/2014) ha approvato le linee di indirizzo per la graduazione degli incarichi dirigenziali e per il riassorbimento delle strutture semplici eccedenti, aumentando i livelli di efficienza a livello aziendale attraverso appositi strumenti di valorizzazione delle funzioni dirigenziali;**
- **il 28 gennaio 2015 le strutture regionali hanno inviato alle Aziende del SSR uno "Schema di Regolamento di individuazione, graduazione ed attribuzione degli incarichi dirigenziali", concordato con le Organizzazioni Sindacali della dirigenza medica, finalizzato a valorizzare queste tipologie di figure professionali.**

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 risulti 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 ?

BERTI: Il recupero delle risorse sarà finanziato dalla rimodulazione ospedaliera, dalle risorse scaturite dalla prevenzione e dalla riduzione della spesa per esami inutili, la centralizzazione degli acquisti mediante un attento studio dei costi standard che da studi in nostro possesso posso risultare considerevoli senza per questo ridurre la qualità delle forniture e generare difficoltà nelle ditte fornitrici. Questo permetterà un aumento dei servizi territoriali, l'apertura di ospedali di comunità modificando sedi già esistenti o predisponendo nuove strutture.

MORETTI: La questione delle Cure Intermedie e degli Ospedali di Comunità è forse l'esempio più eclatante dell'incapacità programmatoria di Zaia e dei suoi collaboratori. Di fatto non sono ancora partiti tranne qualche raro esempio annunciati in questi primi giorni di campagna elettorale. È un tema che considero fondamentale e che durante la mia presidenza avrà la massima rilevanza. Leggendo le procedure che circolano in questi giorni nelle diverse Ulss non si comprendono affatto le relazioni tra i medici delle strutture assistenziali e quelli che operano sul territori, i ruoli delle figure infermieristiche, degli assistenti sociali. Al momento ci si è limitati a trasformare luoghi già deputati con altre sigle ad accogliere l'anziano fragile ma non si è dato loro un profilo organizzativo, tecnico ed edilizio. A titolo di esempio vi rammento che nel corso del 2014 i luoghi deputati da programmazione regionale alle cure intermedie erano stati oggetto di verifica ai fini dell'accreditamento da parte delle Ulss. Nel dicembre 2014, senza fornire spiegazioni, Zaia ed il Direttore Generale della Sanità e Sociale hanno mutato sensibilmente le caratteristiche degli Ospedali di Comunità obbligando tutta la Regione ad annullare quanto prima compiuto e ripartire dall'inizio.
In merito a quanto desidero realizzare, reputo che la valorizzazione dei ricoveri ospedalieri evitabili ed inappropriati che saranno trattati nelle strutture intermedie, costituirà un primo budget da allocare nel recupero e strutturazione di strutture intermedie. Anche la riorganizzazione ospedaliera consentirà di recuperare personale del comparto necessario alla gestione delle relativi ricoveri.

ZAIA:
risposta alla prima domanda:
Le innovative disposizioni del Piano Socio – Sanitario su questa fondamentale tematica hanno già portato ad una serie di importanti interventi:

- **la Regione ha programmato, con la Deliberazione 2122 del 2013 e le successive pianificazioni aziendali, l'attivazione di 1.380 posti letto di cure intermedie: questa programmazione congiunta per la prima volta ha associato alla ridefinizione dei posti letto ospedalieri anche quella per i posti letto territoriali;**
- **con successive deliberazioni, la Regione ha inoltre normato, per la prima volta, tutti gli aspetti relativi all'accreditamento per queste strutture sanitarie, definendone gli standard, sia dal punto di vista strutturale che da quello organizzativo;**
- **in questo percorso organizzativo, iniziato nel 2013, si stanno autorizzando o accreditando 484 posti letto relativi a più di 20 strutture per le cure intermedie.**

risposta alla seconda domanda:

- **come programmato nella sopra citata DGR 2122 del 2013, una parte dei posti letto di cure intermedie verrà ricavata dalla riconversione di posti letto ospedalieri, utilizzando strutture come ex-ospedali già riclassificati come Presidi Territoriali;**
- **un'altra parte di strutture intermedie troverà naturale collocazione all'interno di Centri Servizi già funzionanti, valorizzando una dotazione di posti letto territoriali che è notoriamente superiore al numero di impegnative disponibili per la residenzialità definitiva di anziani non-autosufficienti;**
- **le risorse per il funzionamento delle strutture già attivate provengono dal Fondo Sanitario Nazionale e, anche nel futuro, per l'attivazione delle nuove strutture intermedie non saranno sottratte risorse al Fondo Non Autosufficienza (ad esempio verranno utilizzate risorse provenienti dalla riconversione di posti ospedalieri).**

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 ?

BERTI: Iniziando con l'utilizzo dei fondi già stanziati per la medicina territoriale e soprattutto trovando assieme a tutte le professionalità coinvolte le soluzioni migliori.

MORETTI: Le Cure Primarie nella nostra Regione sono state un altro teatro di annunci roboanti e di tagli economici che hanno inciso profondamente sull'efficienza della rete territoriale. Le numerose cause legali, i vari pronunciamenti giudiziari, le astensioni collettive dal lavoro delle categorie ben rappresentano lo scempio che Zaia ed i suoi tecnici hanno attuato su di uno dei pilstri del SSSR. Alcuni giorni fa il Consiglio Regionale ha dato via libera alla riforma che la Giunta licenzierà nell'approssimarsi della sua decadenza. Durante la mia prossima Presidenza ho già assicurato la mia particolare attenzione al tema del lavoro in questo ed in altri settori. Favorire la costituzione quantitativa e qualitativa di personale qualificato che operi accanto ai Medici nelle varie articolazioni territoriali della medicina territoriale non sarà solo un beneficio per la popolazione ma anche un'occasione di un lavoro serio e qualificato per i nostri giovani. Inoltre, con l'opportuna riqualificazione può rappresentare l'occasione di nuovo inserimento lavorativo per coloro che hanno perso il loro posto di lavoro, in particolare nelle aree più svantaggiate regionali.

ZAIA: L'impegno è di proseguire nella realizzazione della reingegnerizzazione del Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR) prevista dal PSSR, volta ad individuare modelli organizzativi più efficienti ed efficaci e a garantire le cure il più vicino possibile al paziente, acuto o cronico, compatibilmente con l'alta qualità, la sicurezza e l'efficacia del trattamento.

- **Si intende, quindi, dare seguito ad una serie di iniziative ed attività già in corso:**
- **è stata avviata la riorganizzazione della struttura distrettuale (ad esempio con la costituzione di una Unità operativa di cure palliative in ogni ULSS e al relativo Nucleo di cure palliative), prevedendo l'implementazione di nuovi strumenti gestionali, organizzativi e formativi;**
- **è stata avviata la progettazione della Centrale Operativa Territoriale (COT) su tutto il territorio regionale ed in quasi tutte le ULSS ne è stata avviata anche la sperimentazione. La**

COT diventa la vera centrale della continuità (con accesso tramite numero unico) e rappresenta uno strumento organizzativo a disposizione del sistema al fine di tutelare l'assistito, specie nelle transizioni tra luoghi di cura (ospedale-territorio). Garantisce la continuità nella presa in carico della complessità e non consente più alibi né "rimpalli" della persona tra strutture diverse;

- **si sta procedendo con la definizione ed approvazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) per le principali patologie croniche, quali strumenti di clinical governance, individuando soluzioni operative dal punto di vista organizzativo, informatico-informativo e formativo per l'implementazione in ogni contesto aziendale;**
- **si stanno costruendo le basi (ampliando i servizi già previsti nella gara sul telesoccorso e telecontrollo) per diffondere in ogni contesto aziendale il teleconsulto specialistico, che si esplica nella gestione del contatto telefonico in fasce orarie prestabilite, nelle quali i Medici di Medicina Generale (MMG) e gli specialisti si rendono reciprocamente rintracciabili, uno strumento a supporto della integrazione multiprofessionale e dell'appropriatezza nella presa in carico;**
- **si intende inoltre dare attuazione all'Accordo firmato con le OO.SS. della medicina generale convenzionata sulla riorganizzazione delle cure primarie attraverso la diffusione delle Medicine di Gruppo Integrate, dando concretezza agli obiettivi, agli standard (anche di personale infermieristico e di collaboratori di studio) e alle risorse, così come definito nello specifico contratto di esercizio. A tal fine si prevede un percorso di accompagnamento, affinché questi modelli assistenziali diventino risorse della comunità.**

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 ?

BERTI: L'implementazione della medicina del territorio dove il paziente si rechi in cliniche di MMG dove lo conoscono e non continui a vagare tra pronto soccorso e guardia medica è il percorso privilegiato per aumentare la fiducia del paziente nei confronti di tutto il sistema sanitario. Si parla da molto della loro realizzazione, alcuni primi passi sono stati fatti. Ma l'impegno ad una loro realizzazione su tutto il territorio deve partire da una volontà politica, che il movimento 5 stelle ha.

MORETTI: Le sfide che ci attendono si fondano tutte su una profondo cambiamento culturale e non possono che passare per un necessario rapporto fiduciario che nel nostro sistema è radicato nei confronti dei medici di medicina generale, e sebbene questo sia stato osteggiato nella precedente amministrazione, è mia intenzione valorizzare il loro ruolo di fulcro del

sistema pubblico universalistico, a fronte di temi importanti e nevralgici quali l'appropriatezza delle cure e il governo della domanda.
Reputo il rapporto diretto medico-assistito una risorsa che va difesa. Il rapporto fiduciario è una risorsa che va tutelata al pari della tecnologia e dei posti letto. Nella riorganizzazione complessiva del sistema della medicina di base servirà definire uno standard organizzativo che dovrà essere flessibile in funzione delle diversità oro geografiche del veneto che sono tante e che si scontrano con un'idea di centralizzazione e di sinergie ed economia di scala esasperate. Il nuovo accordo d'esercizio, ad esempio, ha trascurato molto il rapporto medico e assistito anziano e disabile e l'ADI.

ZAIA: Si intende dare concreto supporto al medico di famiglia valorizzando l'integrazione multiprofessionale, ove confronto e collaborazione diventano condizioni irrinunciabili nella diagnosi, nella cura, nella riabilitazione, nell'educazione terapeutica e nella prevenzione.
A tal fine è necessario diffondere un'organizzazione in team multiprofessionali, dove il medico sia affiancato dall'infermiere, dagli specialisti, dal personale di studio, in stretta integrazione anche con i servizi sociali. Le principali azioni alle quali si intende dare seguito sono:
- **organizzare l'attività dello studio del MMG, garantendo un supporto amministrativo (per far fronte al carico burocratico) ed infermieristico (per garantire un'appropriata presa in carico della cronicità);**
- **offrire all'assistito una maggiore e più coordinata accessibilità oraria nell'ambito delle cure primarie;**
- **superare la logica della singola prestazione, per un approccio basato sul percorso assistenziale, garante della presa in carico che presuppone la continuità della relazione prima di ogni altra condizione;**
- **rafforzare le capacità del paziente nel migliorare la propria salute (adozione di corretti stili di vita, adesione ai programmi di screening, aderenza alla terapia, ecc.), responsabilizzandolo nelle decisioni che riguardano la propria salute (liberando tempo dedicato per seguire questi aspetti);**
- **favorire il confronto tra pari e il rapporto con gli specialisti, attraverso il lavoro in team e la formazione.**

Salvaguardare il rapporto medico-assistito e rinforzarne la continuità fiduciaria significa prima di tutto rafforzare il ruolo dell'assistenza primaria, affinché l'assistito non abbia bisogno di cercare altrove le risposte. In questa visione l'organizzazione dell'attività diventa una condizione necessaria per favorire la relazione e garantire un'assistenza di qualità.

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 ?

BERTI: **La formazione medica deve essere garantita, cosa che oggi, non viene fatto visto che spesso le ore che dovrebbero essere destinate all'aggiornamento vengono tramutate in ore di servizio. Il m5s ritiene necessario il coinvolgimento delle professioni in ogni fase gestionale e quindi anche in questa fase così delicata. La formazione continua degli operatori è alla base di un buon servizio sanitario sempre aggiornato.**

MORETTI: **La risposta è semplice: serve garantire la formazione continua dei medici con il coinvolgimento delle professioni in ogni fase. In ogni sistema è necessario programmare una rivisitazione delle modalità gestionali e la formazione in genere necessita di aggiornamenti costanti. Ma escludere, come hanno fatto Zaia e Mantoan, dalle decisioni nei fatti i professionisti e le associazioni di categoria dimostra palesemente che non si conosce il problema. Durante i primi mesi della mia presidenza i nuovi organi regionali affronteranno con decisione il tema coinvolgendovi in tutte le varie fasi. La formazione va programmata per tempo soprattutto nel vostro settore con temi condivisi in base alle necessità dei professionisti ed all'evoluzione delle patologie e degli assetti territoriali delle cure.**

ZAIA: **Nel 2014 (con DGR 437/2014) è stato integrato lo statuto della FITOT (Fondazione per l'Incremento dei Trapianti d'Organo e Tessuti), trasformandola in Fondazione S.S.P. (Scuola di sanità pubblica, management delle aziende socio sanitarie e per l'incremento dei trapianti d'organo e tessuti), con finalità di formazione e aggiornamento dei professionisti dei servizi socio-sanitari e di promozione della ricerca scientifica in campo sanitario.**

- **La Fondazione S.S.P. focalizza la sua attività nell'ambito della formazione e ricerca sui modelli di sanità pubblica e sui modelli di management delle aziende sanitarie e socio sanitarie, sempre con particolare attenzione all'innovazione, oltre che sulla promozione e sviluppo della donazione di organi, tessuti e cellule;**
- **nelle linee di indirizzo per lo sviluppo del Piano della Formazione regionale in ambito sanitario 2014-2016, la Fondazione S.S.P. è stata individuata quale specifico soggetto per lo sviluppo e per la realizzazione dei piani formativi;**
- **con DGR 2166/2014 è stato approvato il piano di attività per l'anno 2014 e per il biennio 2015-16 della Fondazione S.S.P., in coerenza con il PSSR 2012-2016 in materia di valorizzazione delle risorse umane del SSR;**
- **si evidenzia che nel Comitato Tecnico Scientifico della Fondazione S.S.P. sono presenti tre medici, uno dei quali — il Dott. Maurizio Scassola — è Presidente del Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia e Vicepresidente del Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.**

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