



Osservazioni al Piano Socio Sanitario Regionale del Veneto 2012-2014

Ottobre 2011

PREMESSA

Questo documento raccoglie le osservazioni dell'Anaa Assomed del Veneto al disegno di legge concernente il "Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2012-2014" approvato dalla Giunta Regionale del Veneto con DGR n. 15/DDL del 26 luglio 2011 (PSSR).

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

Le proposte programmatiche devono perseguire i seguenti obiettivi fondamentali:

- migliorare la qualità delle prestazioni e della organizzazione sanitaria;
- garantire l'universalità delle prestazioni;
- permettere l'accessibilità nell'ambito di tutto il territorio regionale, per tutti i cittadini;
- rispettare la compatibilità economica;
- garantire i LEA e i LEP.

Il cambiamento del Titolo V° della Costituzione, con il quale è stata accentuata la potestà legislativa ed organizzativa in ambito sanitario delle Regioni, aumenta l'importanza del PSSR e la responsabilità del Legislatore regionale nella definizione dei piani programmatici. Tale responsabilità è maggiore nella Regione Veneto per la sua tradizione di qualità, efficienza ed efficacia del SSR.

La metodologia seguita dalla Regione durante la fase di preparazione del PSSR, il coinvolgimento delle parti sociali, delle istituzioni professionali nonché i principi fondamentali che ispirano l'azione programmatica e gli obiettivi generali (quelli sopra esplicitati e presenti a pag. 28 del PSSR) sono condivisibili.

La Regione non ha però tenuto conto di buona parte delle osservazioni critiche espresse dall'Anaa Assomed nella lunga fase istruttoria.

La stessa Regione enuncia alcune proposte programmatiche attuative negli argomenti più importanti ed innovativi che potrebbero determinare risultati in contraddizione con i suddetti principi e obiettivi.

Dovere dei professionisti medici dirigenti del SSR e delle loro organizzazioni sindacali è comunque quello di proporre delle correzioni al PSSR finalizzate al suo miglioramento.

Verranno quindi di seguito esposte le osservazioni critiche più importanti, corredate da proposte emendative, redatte per argomenti e secondo un ordine dettato dall'indice del PSSR e non dall'importanza degli stessi.

ASSISTENZA TERRITORIALE

L'organizzazione assistenziale territoriale proposta è sicuramente diversa da quella contenuta nell'ultimo PSSR (1996).

Il punto cardine più importante, il distretto proposto, è nei suoi aspetti generali e in buona parte specifici quello stabilito dal D.lgs. 229/99.

Dopo dodici anni si propone l'adeguamento a quanto disposto dalla Legge.

Tra le proposte avanzate dal PSSR ve ne sono alcune che presentano particolari criticità.

Direttore unico del territorio (pag. 37)

Attualmente i distretti sono diretti dai Direttori dei distretti che per disposizione della Legge regionale possono provenire dal ruolo medico o da altri ruoli.

Nelle altre Regioni possono provenire solo dal ruolo medico.

Tutto questo era conseguente al tipo di distretto ipotizzato nel 1996 a prevalente attività amministrativa.

Il nuovo Piano prevede la sostituzione dei Direttori di distretto con un unico Direttore del territorio all'interno dell'Azienda sanitaria, che assume in sé tutti i compiti e le responsabilità dei precedenti direttori, nonché quelli nuovi disposti dal D.lgs. 229/99 (potenziamento delle attività sanitarie).

Il Direttore unico proposto è una nuova figura dirigenziale che si aggiunge a quelle già esistenti nella direzione strategica dell'Azienda.

Il PSSR non esplicita quali dovranno essere i requisiti minimi di carriera, i titoli e le competenze che dovrà possedere questa nuova figura che sarà responsabile non solamente delle attività amministrative, ma anche di quelle sanitarie effettuate nel territorio.

I direttori delle unità operative sanitarie del territorio sono subordinati a questa figura.

Non è definita la relazione gerarchica che si dovrà configurare tra il Direttore Sanitario di Azienda e tale nuova figura per quanto riguarda le attività sanitarie e fra il Direttore Amministrativo e lo stesso per quanto riguarda quelle amministrative.

Il PSSR è uno strumento politico-legislativo ed a questo livello devono essere definiti tali aspetti essenziali e non demandati ad una discrezionalità futura.

Se tale figura dirigenziale è realmente aggiuntiva alla direzione strategica, in considerazione delle forti competenze direzionali affidategli in campo sanitario, dovrà necessariamente essere un medico.

Assistenza specialistica territoriale (pag. 42)

Il modello di assistenza territoriale descritto si basa su una filosofia ormai superata, centrata su una visione bipolare dell'assistenza specialistica che si articola in:

- a) attività sanitaria specialistica nei riguardi delle patologie acute e croniche a bassa complessità diagnostica e terapeutica e spesso ad elevata complessità assistenziale, centrata nei distretti (I° livello);
- b) attività sanitaria specialistica nei riguardi delle patologie acute a bassa complessità assistenziale e da maggiore complessità diagnostica e terapeutica, centrata nell'ospedale (II° livello).

Al contrario invece, una moderna organizzazione di tali attività specialistiche si basa essenzialmente su metodologie ambulatoriali incentrate su processi diagnostici-terapeutici, percorsi clinici, ed elevate sinergie professionali fra le diverse specialità ambulatoriali e fra queste e le strutture ospedaliere. Il progresso dell'organizzazione sanitaria, oggi sempre di più, cerca di spostare quote crescenti dell'attività specialistica complessa (II° livello) dall'ospedale al territorio (dove costano meno) diffondendo a questo livello linee guida, procedure e rigore organizzativo.

Vantaggi di queste innovazioni:

- ridurre l'ospedalizzazione
- ridurre i ricoveri impropri
- aumentare l'appropriatezza delle prestazioni
- ridurre i tempi di attesa
- aumentare l'integrazione fra il territorio e l'ospedale
- aumentare la compliance delle attività diagnostiche e terapeutiche
- permettere la deospedalizzazione precoce e la continuità del percorso clinico-terapeutico nel territorio, in condizioni comunque di sicurezza per il paziente
- concorrere alla riduzione della spesa ospedaliera ed ambulatoriale
- favorire la realizzazione della rete ospedaliera gerarchizzata
- favorire la chiusura dei piccoli ospedali

Nel PSSR sono completamente assenti modelli di organizzazione specialistica territoriale più attuali e innovativi, nonostante l'evidenza dell'efficacia e dell'economicità di tali moderni assetti organizzativi.

E' stata inoltre cassata l'ipotesi di Centri Polispecialistici Territoriali (CPT) che rispondeva a tale esigenza di modernità ed innovazione, che era stata ritenuta congrua dal Tavolo Tecnico Permanente, che era inserita a pag. 44 della bozza di PSSR del 28 aprile 2011 e che attuava, in parte, le risultanze tecniche del *"Progetto per l'integrazione Ospedale – Assistenza Primaria"*, curato dall'Azienda ULSS n. 18 di Rovigo in attuazione di quanto disposto dalla DGR n. 2145 del 29 luglio 2008.

La proposta presente nel PSSR di prevedere attività specialistica organizzata in modo sperimentale all'interno della Medicina di Gruppo anche con specialisti dipendenti (l'equivalente delle UTAP) non è sovrapponibile e paragonabile sul piano tecnico ai Centri Polispecialistici Territoriali.

Costituisce un esempio palese di proposta organizzativa in contraddizione con gli obiettivi di aumentare il ruolo strategico dell'assistenza sanitaria territoriale, con il nuovo ruolo dell'ospedale e con la necessità di ottimizzare la spesa sanitaria.

Ospedale di comunità (pag. 44)

Nella proposta di Piano viene introdotto come momento innovativo importante dell'organizzazione assistenziale territoriale l'ospedale di comunità. La proposta è mutuata dall'esperienza effettuata in altri Paesi ed in alcune Regioni italiane e le motivazioni portate sono condivisibili.

Il modello organizzativo prevede l'afferenza dell'Ospedale di comunità al territorio e l'assistenza garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di continuità assistenziale e dai medici di famiglia.

La tipologia dei pazienti trattata da questi ospedali sarà nella maggior parte dei casi costituita da portatori di patologie che hanno superato la fase di acuzie, ma non ancora perfettamente stabilizzati ed in grado di essere assistiti in sicurezza presso il proprio domicilio.

Questi pazienti presentano sicuramente un rischio di riacutizzazione e/o di complicanze più alto dei normali pazienti domiciliari e pertanto le esigenze d'intervento medico urgente (notturno e festivo) saranno superiori a quelle delle Residenze Protette (case di riposo) ed inferiori a quelle dei reparti ospedalieri.

Le decisioni terapeutiche, in tal caso, non possono essere prese dal personale infermieristico e la continuità clinica adeguata in tali casi non può essere garantita dai Medici di "continuità assistenziale", perché non conoscono il caso clinico e le problematiche del paziente.

L'ipotesi organizzativa presente nel PSSR nella pratica quotidiana si tradurrebbe in un eccesso di richieste di intervento al 118 per "codici bianchi o verdi" (chiamate inappropriate). Tale ipotesi nei fatti determinerebbe effetti opposti all'obiettivo di appropriatezza ipotizzato nel PSSR e un ricorso improprio al 118 e alla Struttura Ospedaliera.

Nella gran parte dei casi le urgenze o supposte tali notturne e festive potrebbero essere soddisfatte meglio, con l'attivazione di una pronta disponibilità effettuata da medici che conoscono il paziente e che pertanto garantirebbero la continuità clinica, con notevole riduzione del disagio per lo stesso e risparmio economico per la comunità.

ASSISTENZA OSPEDALIERA

Dipartimenti strutturali (pag. 46)

Il fallimento dei dipartimenti strutturali, ipotizzato nel PSSR, non dipende dall'organizzazione dipartimentale, ma dal modo spesso errato con cui sono stati attuati nel Veneto e dalla inadeguata sorveglianza da parte della Regione.

Sono stati usati frequentemente criteri di raggruppamento delle unità operative non scientifici e spesso non logici.

Va infatti ricordato che la specializzazione in alcuni settori è una ricchezza professionale, non solo medica, e che una aggregazione non corretta ostacola le sinergie e comporta una regressione qualitativa.

La scelta del numero delle unità operative da inserire nello stesso dipartimento e della unicità o meno della sede del dipartimento incidono sulle possibilità di integrazione e quindi sulla efficacia del progetto.

In particolare, bisogna tenere presente che un numero troppo alto di specialità e la frammentazione delle sedi delle unità operative non permettono un'adeguata gestione della struttura dipartimentale, con il rischio molto forte di inficiarne l'operatività.

La tipologia delle unità operative è molto importante in quanto una scarsa affinità rende difficoltosa l'organizzazione, scadente la qualità del servizio offerto ed ostacola la professionalità degli operatori.

Requisiti della rete ospedaliera (pag. 47)

Il PSSR prevede una razionalizzazione della rete in termini di ruoli diversi degli ospedali, di gerarchizzazione dei compiti e dei reparti secondo un modello organizzativo su due livelli "hub e spoke".

Il concetto di "rete ospedaliera" gerarchizzata è condivisibile.

In realtà esso non è nuovo, ma già presente nella filosofia organizzativa degli ospedali dal 1997 in poi, per quanto riguarda il loro ruolo nell'urgenza ed emergenza.

È però non condivisibile prevedere un'articolazione della rete solamente su due livelli perché, per quanto riguarda la funzione di "accettazione" e di risposta alla domanda di "urgenza ed emergenza sanitaria", la legge nazionale che istituisce il "118" e regola l'organizzazione di tali funzioni già prevede l'esistenza di una rete strutturata su tre livelli:

- 1° livello= ospedali sede di D.E.A. di II° livello
- 2° livello= ospedali sede di D.E.A. di I° livello
- 3° livello= ospedali sede di attività di P.S.

Il PSSR definisce le funzioni e le attività che devono essere garantite da ciascuno dei due livelli.

I criteri che nel PSSR concorrono a individuare tali funzioni e attività non sono sovrapponibili ai requisiti sanitari minimi necessari previsti dalla Legge nazionale precedentemente ricordata, ma privilegiano solo gli aspetti di efficienza e di economicità della rete ospedaliera e non la valenza tecnica.

Al contrario, l'organizzazione della rete ospedaliera in tre livelli, già prevista dalla suddetta legge, è basata sul possesso di requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali per adempiere a tale attività.

Poiché l'attività più importante da svolgere negli ospedali generali è l'accettazione e la gestione dell'urgenza ed emergenza, perché prevedere un'articolazione della rete ospedaliera così diversa da quella della legge vigente?

L'assenza di qualsiasi riferimento ai principi programmatici e ai requisiti minimi dettati dalla legge sopra ricordata fa pensare che questi requisiti, pur essendo all'avanguardia per qualità e standard di sicurezza, siano ritenuti eccessivamente rigorosi per una visione economicistica e poco gestibili da un punto di vista politico.

In tal modo si classificano gli ospedali solamente sulla scorta dei criteri di produttività, privilegiando così l'efficienza e l'economicità della rete a scapito dell'efficacia e della sicurezza.

Un esempio dell'incongruità di tale scelta appare più evidente per gli stabilimenti ospedalieri "spoke".

Questi, se sono ospedali per acuti che partecipano all'urgenza ed emergenza, dovrebbero essere suddivisi in due livelli:

- stabilimenti ospedalieri sede di D.E.A. di 1° livello
- stabilimenti ospedalieri sede di attività di P.S.

Di conseguenza l'esplicitazione delle funzioni e delle attività che devono essere garantite al livello "spoke" dovrebbero essere diverse, a seconda se si riferiscono a ospedale sede di D.E.A. di 1° livello o ospedale sede di attività di P.S.

La filosofia organizzativa in "hub e spoke" si basa su un modello d'integrazione verticale fra gli ospedali di rete gerarchizzati, così come lo è la filosofia organizzativa del sistema 118.

Le due filosofie organizzative non sono in contrasto ma sono l'una complementare all'altra.

Non si comprende perché fra i requisiti che sostengono il modello di rete "hub e spoke" non sia previsto il possesso dei requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali previsti dalla Legge sopra citata.

Non è quindi condivisibile perseguire solamente l'organizzazione "hub e spoke" nella convinzione che questa sia alternativa a quella sui tre livelli, sopra descritti, o addirittura assolve meglio alle esigenze moderne.

Requisiti dello stabilimento ospedaliero (pag. 47)

Il PSSR afferma i seguenti 2 principi programmatici per i Presidi Ospedalieri di rete (spoke):

- 1) possibile articolazione del presidio ospedaliero su più stabilimenti ospedalieri;
- 2) almeno uno degli stabilimenti del presidio ospedaliero deve essere preposto a gestire l'emergenza con adeguate modalità.

Così come espressa tale formulazione diventa eccessivamente generica e pericolosa in quanto non fa alcun riferimento ai requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici che devono essere posseduti dai singoli ospedali sede di uno dei livelli preposti all'urgenza ed emergenza sanitaria.

Razionalizzazione della rete degli ospedali generali

Non c'è nessuna ipotesi programmatica, esplicitata nel PSSR, volta a razionalizzare il numero di ospedali generali nel Veneto attualmente ipertrofico rispetto alle necessità, costoso e con livelli di sicurezza non omogenei.

IL FINANZIAMENTO DEL SSSR

Modalità di finanziamento delle aziende per erogare i LEA (pag. 100)

Il PSSR introduce delle nuove modalità di finanziamento delle aziende sanitarie per l'erogazione dei LEA, differenziandole fra quelle che riguardano le Aziende ULSS e quelle che riguardano le Aziende Ospedaliere e lo IOV.

Le modalità previste sono:

- Az. Osp. e IOV: - finanziamento per funzioni effettuate
- tariffe prestazioni eseguite
- Az. Ulss: - finanziamento a quota capitaria che deriva dal fabbisogno standard medio-procapite, calcolato con la metodica dei costi standard
- tariffe prestazioni eseguite in mobilità regionale e interregionale

Questa nuova modalità di finanziamento, se non incardinata fin dall'inizio all'interno di principi e disposizioni generali che ne garantiscano logicità, oggettività ed equità delle scelte e trasparenza del sistema, presenta il rischio concreto di sbilanciamento del finanziamento a favore o delle aziende ospedaliere o di quelle territoriali.

Nel PSSR non sono indicate le funzioni da finanziare, ovviamente implementabili anche in seguito dopo adeguata e formale istruttoria con delibera di Giunta e parere della V° Commissione Consiliare.

Sono omessi i principi ed i criteri oggettivi generali attraverso cui individuare le funzioni da finanziare, l'entità dei finanziamenti, i meccanismi di verifica e i soggetti terzi deputati a verificare.

Non è precisato l'ammontare massimo annuale delle risorse di budget del Fondo Sanitario Regionale, utilizzabile per tale tipologia di finanziamento (criterio di garanzia).

Sono omessi i limiti tecnici di tale tipologia di finanziamento (ad es. non è chiaro se il finanziamento a funzioni è omnicomprensivo del costo tariffario delle prestazioni che fanno parte della funzione) e le tipologie di attività non finanziabili con il sistema delle funzioni (ad es. attività di didattica e ricerca universitaria).

La conoscenza a priori dei principi e criteri gestionali non è un mero atto tecnico da decidere in un secondo momento, ma un atto politico di garanzia dell'equità e della trasparenza delle decisioni.

Definizione dei costi standard (pag. 11)

Il PSSR non definisce in modo preciso i principi generali e specifici attraverso cui giungere alla definizione dei "costi standard" ed attraverso cui giudicare le migliori performance.

La predeterminazione e la conoscenza a priori di tali principi generali e specifici costituisce un'azione politica fondamentale.

La loro esplicitazione nel PSSR costituisce anche garanzia di equità e concorre in modo fondamentale alla credibilità di tale metodica, per altro auspicata dallo stesso PSSR.