

**“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 ?

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. ?

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 programmatica, 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 ?

DOMANDA 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.

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

DOMANDA 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 ?

DOMANDA 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.

SARETE DISPONIBILI 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 ?

DOMANDA N. 7 CONSEQUENZE 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 ?

DOMANDA 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 ?

DOMANDA 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 INTENDETE 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 ?

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

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

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