

Prospettive per la Sanità e i Servizi Socio Sanitari nel Veneto Orientale

(Portogruaro 7 dicembre 2013.

Per il Comitato, f. benvegnù)



C O M I T A T O
D I F E S A
S E R V I Z I O
S O C I O S A N I T A R I O
V E N E T O
O R I E N T A L E



**Le Nuove schede ospedaliere -DGR n.
68 / CR 18 giugno 2013 e sue
modifiche- Applicano la spending
review:**

..che prevede : un “ **livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza** post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come **riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni.... ”**

Perché a questo territorio sono stati assegnati **solo 2,8 PL x acuti** contro la media regionale di 3,5? E perché solo 86 (invece di 152) posti di riabilitazione –lungodegenza = **0.39 per mille** invece di **0,7 per i post-acuti**?

Come si pensa di far fronte alle **nuove spese per il territorio se il saldo di mobilità si aggraverà** ?

Nuova organizzazione, posti letto e apicalità in H (ospedale)

Totale posto letto (PL) **area medica** = 223, meno 29.

Primari 7, meno 3

PL **area chirurgica** = 140, meno 26. **Primari 8, meno 2**

PL **area materno-infantile** = 68, meno 20. **Primari 3, meno 2**

PL **area riabilitativa** = 65, più 30. **Primari 1, meno 1.**

Area Servizi = Primari 6, meno 4.

le

Unità operative complesse o reparti (**UOC**)
= **meno 12 su 37 originarie = 32 %** .

Il nuovo ospedale avrà 1 su 3 UOC in meno.

QUI STA IL VERO RISPARMIO OPERATO, è
già in atto anche senza ospedale unico,
quindi..?

Due poli?

- La sintesi del risparmio: La **proposta regionale di due poli, uno medico e uno chirurgico**
- A **distanza reale di 40 min.** fra i due aggregati urbani di oltre 50.000 ab. essa non realizza per somma un vero ospedale, ma un modello organizzativo che mette a rischio i pazienti nell'uno e nell'altro polo, per l'assenza di funzioni che in urgenza sono essenziali.= aumento del rischio clinico

La soluzione, ospedale unico?

obiezioni

- Per essere centrale rimane lontano dai due poli abitativi (= aumento costi sociali)
- Incentiva la mobilità verso est e verso ovest, con fidelizzazione presso ospedali hub (TV, PN..)= aggravamento passività
- Non si è vista la garanzia di finanziamento per una definitiva acquisizione e gestione pubblica
- Non garantisce automaticamente altri fattori

Non si previene né si cura senza la partecipazione attiva e la fiducia di chi accede al sistema.

- Esse passano attraverso strumenti culturali di lunga durata, ma anche attraverso forme di partecipazione che migliorino l'adempimento delle rispettive responsabilità: decisori da una parte, cittadini dall'altra.
- Nel coinvolgimento sulle scelte, ad es. per opere grandi o significative, emergono quelle responsabilità e nessuno può pretendere né ha più alibi per sottrarsi.

- Per garantire la **qualità clinico-assistenziale** desiderata, ogni scelta di politica sanitaria perde comunque di efficacia se non si mette mano alle fondamenta del cambiamento:
- **Eliminazione dal sistema di ogni connubio col mondo degli affari** (qualità dei decisori = decisori incorruttibili e autonomi)
 - **Immediato miglioramento della dirigenza clinico-assistenziale** (dirigenti professionali scelti con criteri trasparenti, riconosciuti dalle società scientifiche di riferimento e per la buona fama di cui godono)

Anche con le schede modificate dal Consiglio

L'Ospedale pubblico nel sandonatese (oltre i 100.000 residenti) non garantisce più gli interventi di chirurgia urgenti o complessi, se non in modesto numero e ad esaurimento per la sola traumatologia.

...se i numeri sono questi :

i ricoveri in CH, Gen. e ORT nei Presidi H di SD e J,
nel 2011 sono stati: **2919**

	chir	ort	
prog.	478	317	
urgen.	662	602	
HD e DS	192	668	
totali	1332	1587	2919

solo alcune Osservazioni essenziali

- Perché a PG è stato previsto solo un incremento fino 40 di Ch. Gen e 40 di Ort pur in presenza di notevoli liste d'attesa soprattutto nei RO elettivi ortopedici?
- La mobilità passiva di area chirurgica di questo territorio aumenterà verso ovest, ma anche vs est, aggravando il nostro saldo negativo. Né si può pensare che senza Rianimazione e senza PS le C.C. Private accreditate di riferimento territoriale potranno accettare urgenze, ma solo RO programmati. Il resto è destinato all'H dell'Angelo ?

Considerato che **all'H di PG** sono stati assegnati **soltanto 40 PL di Ch. Gen. e 40 di Ort.Traum.**, quando il sandonatese vi facesse riferimento si assisterebbe a un ingorgo di ricoveri, perchè il fabbisogno totale di Ulss è di **almeno 50-55** PL in Chirurgia e, con una degenza media di oltre 8 gg., altrettanti in Ortopedia.

Dove sono **gli altri letti per i nostri residenti, se non in C.C. e fuori ULSS ?** Sappiamo anche che **per gli interventi programmati gli ospedali territoriali regionali e non danno la preferenza ai loro residenti...**

..e fatto anche più grave per i singoli

- Cosa succederà delle **complicazioni nel corso di interventi in day- week surgery, senza una rianimazione?** O di pazienti anziani ricoverati in reparti medici che necessitano di interventi urgenti p cmq invasivi ? O dei pazienti che dopo l'intervento non si possono dimettere dalla week- daysurgery, **vengono tutti trasferiti a PG?**
- **Quale assistenza anestesiológica è prevista nella w.s.** senza un servizio e primario presente?
- **I pazienti del portogruarese che necessitano di D o WS, dovranno tutti venire a SD in H o in C.C. ?** Oppure intaseranno a PG i letti per i RO ordinari, dove interferisce anche la domanda di Libera professione, che non ci risulta abbia PL dedicati? Non andranno piuttosto a PN o Latisana, con aumento della M. passiva vs il Friuli ?

- **Di sicuro aumenteranno i ricoveri ripetuti** per dimissioni precoci
- non vi è certezza di una efficace verifica di come verranno utilizzate le nuove risorse per il territorio
- aumenta la spesa per i MMG e PLS, mentre i risultati concreti sull'assistenza primaria saranno, se ci saranno, nei tempi medio-lunghi, perché i fattori in gioco sono molti

perciò

anche in attesa dell'ospedale unico, la organizzazione attuale non può essere sconvolta, soprattutto per le funzioni chirurgiche che sono il cuore irrinunciabile di un ospedale

Accessi nei pronto soccorso e carenza posti letto

- La **riorganizzazione territoriale H 24 con la medicina di gruppo integrata** che sia in utap, casa della salute ecc... **non abbatte i codici bianchi**, perché questa avviene appropriatamente in locali attigui al PS
- e **l'OBI**, osservazione intensiva breve, può **aumentare i costi** perché prevede equipe dedicata **e i rischi**, se viene usata come alternativa alla carenza di PL nella struttura

inoltre

Si è ragionato a sufficienza sui **servizi per la salute mentale? Violenza e sofferenza mentale** sono considerate dall'OMS emergenze sanitarie del 3° millennio, tarare l'assistenza psichiatrica sui 200.000 abitanti non è un errore? e collocare l'SPDC (ospedale per i TSO e ricoveri volontari) nel polo medico, senza rianimazione e chirurgia d'urgenza, non è sbagliato?

Quello che alcuni sanitari e l'alta dirigenza
sottovalutano rispetto al numero di PL

La popolazione molto anziana e affetta da
patologia multiorgano, nonché i **pazienti
cronici** che normalmente abbisognano di molti
ricoveri per anno, poiché non tutti potranno
migrare in altre ULSS, “intaseranno”
ulteriormente i sottodimensionati PL x acuti e
ciò sarà fonte di contenzioso medico-legale
per ritardi o fallimenti delle cure. Visto che c'è
una cultura/domanda orientata più vs
l'accanimento che la razionalità e umanità
delle cure.

Si è considerato in alternativa di mantenere le funzioni ospedaliere dove sono anche attuando alcune diminuzioni delle apicalità ?

La drastica diminuzione delle apicalità è il vero risparmio di questo ammodernamento del sistema, allora perché anche ridurre al 2,8 per mille i nostri posti per acuti ? Se si considera la nostra mobilità passiva come strutturale, allora perché non diminuire prima il numero delle ULSS o invece migliorare il funzionamento dei nostri ospedali ? Paghiamo pegno per investimenti sbagliati in terra altrui?

Considerando tutti questi elementi:

il previsto risparmio complessivo,
motivazione principale dell'intera
operazione nazionale, regionale e locale,
sarà modesto, e solo a causa della
riduzione dei primariati. **E non migliorerà**
la qualità delle cure e l'accesso ai servizi,
perché altri ancora sono i fattori che vi
incidono, ancor più nel Territorio.

Ma cosa succederà nel territorio ?

Per il momento di certo c'è un
preaccordo regionale con i MMG..

Effetti certi, quelli economici, dell'accordo provvisorio con MMG e PLS, in attesa della nuova organizzazione dell'assistenza primaria

- **Maggior spesa** per anno per la regione Veneto = 15.177.924
- **Spesa pro assistito per la nuova rete** = € 10.45/anno
- **Spesa per informatizzazione medici** = 230 € mensile per MMG e PLS (contro attuali € 77,47)

considerazioni

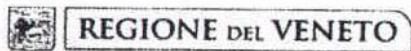
- Il Patto di esercizio è provvisorio, in attesa della piena realizzazione della Medicina di Gruppo Integrata (futura struttura complessa Cure primarie); in seguito la parte economica potrebbe anche lievitare
- Le **attività previste non sono innovative al 100%**, anzi in alcuni casi già esercitate da singoli MMG o Gruppi virtuosi
- Il **servizio** ambulatoriale (max 15.000 ab ?) è **attivo in realtà H 10** e in molte fasce coperto da un solo ambulatorio! E al **sabato per sole 2 ore**. (anche se la durata del lavoro è di regola superiore)

Cosa prevede l'atto aziendale licenziato dall'ULSS 10 nel Territorio, applicando il PSSR e le linee guida regionali:

in primis le UOC non amministrative passano da 21 a 9 (!!) di cui 3 a scelta della Direzione ULSS

DGR 18.06.2013, N. 975 – VINCOLI: IL NUMERO DELLE STRUTTURE

del



giunta regionale – 9^a legislatura



ospedalieri

	servizi professionali tecnico amministrativi								territorio							dipartimento di prevenzione					altre strutture complesse	totale assegnate			
	risorse umane	contabilità e bilancio	affari generali	provveditorato economato gestione della logistica	controllo di gestione	servizi tecnici	sistemi informativi	professioni sanitarie	distretto	cure primarie	infanzia adolescenza famiglia	cure palliative	attività specialistiche	psichiatria	seri	farmacia territoriale	servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione		servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di	servizi veterinari (almeno una delle tre aree funzionali)				medicina legale	
Belluno	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1			1	1	1			2	17	- Belluno
Feltre	1	1		1		1		1	1	1				1	1			1	1	1				12	- Feltre
Bassano	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1			1	1	1			2	17	- Bassano
Alto Vicentino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1			1	1	1			2	17	- Alto Vicentino
Ovest Vicentino	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1			1	1	1			2	17	- Ovest Vicentino
Vicenza	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	6	29	- Vicenza
Pieve di soligo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1			1	1	1			3	18	- Pieve di soligo
Asolo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	23	- Asolo
Treviso	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	7	30	- Treviso
Veneto Orientale	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1			1	1	1			5	18	- Veneto Orientale
Veneziana	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	6	29	- Veneziana
Mirano/Dolo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1			3	22	- Mirano/Dolo
Chioggia	1	1		1		1		1	1	1				1	1			1	1	1				12	- Chioggia
Alta Padovana	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1			3	22	- Alta Padovana
Padova	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	31	- Padova
Este	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1			1	1	1			2	17	- Este
Rovigo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1			1	1	1			2	17	- Rovigo
Adria	1	1		1		1		1	1	1				1	1			1	1	1				12	- Adria
Verona	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	8	31	- Verona
Legnago	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1				1	1			1	1	1			2	17	- Legnago
Bussolengo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	1	1	1			4	23	- Bussolengo
AO di Padova	1	1	1	1	1	1	1	1													1		7	16	- AO di Padova
AOUI di Verona	1	1	1	1	1	1	1	1													1		7	16	- AOUI di Verona
IOV	1	1		1				1													1			4	- IOV
999 - Totale	24	24	20	24	20	23	20	24	26	21	9	9	9	26	21	5	9	21	21	21	7	83	467	999 - Totale	

UOC obbligatorie

- CURE PRIMARIE
- PSICHIATRIA
- SerT

nel distretto

- IGIENE PUBBLICA
- SICUREZZA DEL LAVORO
- SANITA' ANIMALE

Nel Dip. Prevenzione

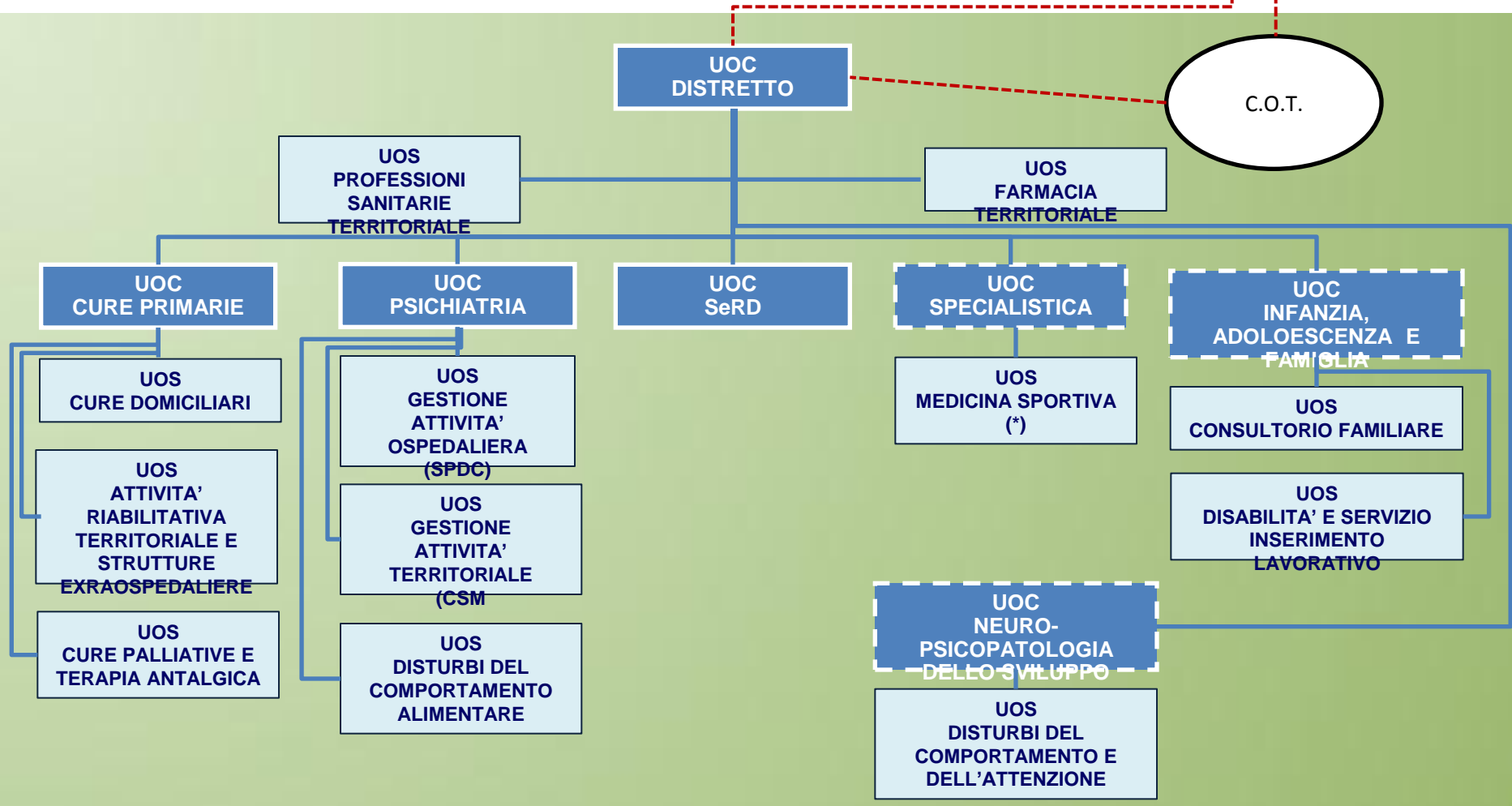
UOC a scelta della Direzione ULSS

- Una per **INFANZIA ADOLESCENZA FAMIGLIA** (ex consultorio familiare)
- Una per **NEURO-PSICO-PATOLOGIA DELLO SVILUPPO** (ex NPI = eccellenza)
- Una per la **SPECIALISTICA** (preesistente, prevista di regola solo per ulss con hub)

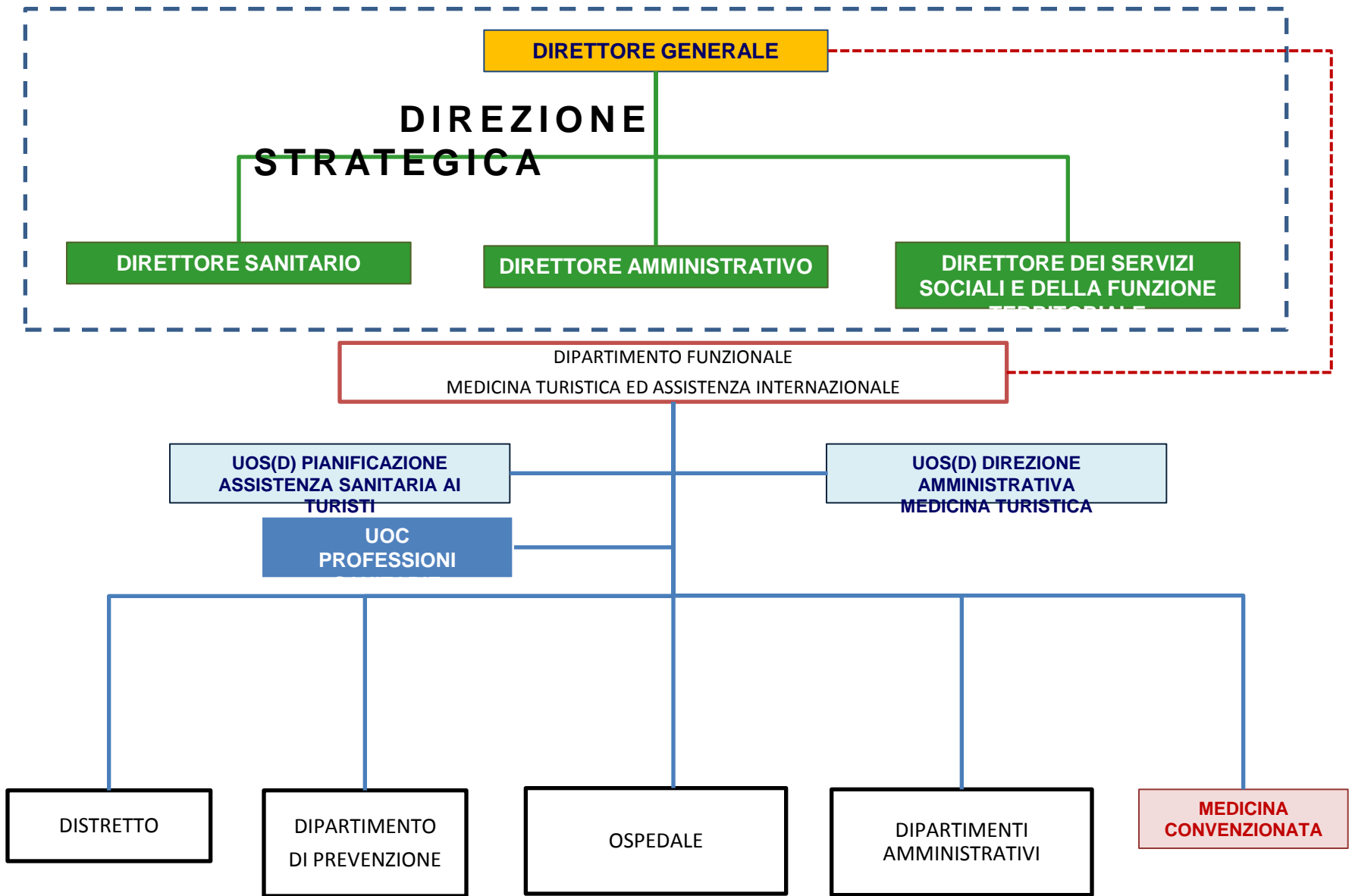
Nel territorio..

il **dipartimento della Turistica per** curare i
bisogni di turisti stranieri e attirare cittadini
della EU !! .. per i residenti invece bastano
una sola Cure primarie e un solo Consultorio,
che sono i capisaldi dell'assistenza primaria?

Se il motivo è la corretta riscossione dei crediti,
basta il governo di un buon ufficio
amministrativo.



— UOC NON ESPRESSAMENTE PREVISTE NELL'ALLEGATO 1 DRG



Altre osservazioni

1. la UOC per la Specialistica non è una unità clinica ma di governo e organizzazione della domanda.
2. il Dip. della Med. Turistica enfatizza una funzione che non è nel LEA del SSN!
(si rafforza la linea di sostituire dirigenti e unità professionali con amministrativi. perchè costano meno e sono più collaterali ?)

osservazioni

- Cosa significa avere **un solo distretto e soprattutto una sola UOC Cure Primarie e un Direttore del Territorio** (senza Prevenzione !) **non obbligatoriamente professionale**, in assenza anche della copertura globale del territorio con la Medicina di gruppo integrata e funzionante ?

Dio solo lo sa.... Meriterebbe uno studio più serio e multiprofessionale e più democratico di quello che c'è stato.

..e ancora

- La **convezione nazionale con i Medici di medicina generale(MMG)** è in alto mare, c'è dissenso con le ipotesi governative. e **neppure l'accordo regionale va a gonfie vele**, che cosa succederebbe se partisse la riorganizzazione delle strutture aziendali senza collegamento con le future **Medicine di Gruppo Integrate** ?
- La **assistenza primaria H 24?** Sarebbe un flop se non si è realisti e onesti.

Dall'esame dei provvedimenti regionali e di questi atti dell'ULSS 10

- Risulta un “sovertimento” organizzativo sia nell'assistenza ospedaliera che in quella del territorio rispetto all'attuale situazione. Un cambiamento di tale portata implica processi lunghi e complessi, che se non meditati ed eseguiti frettolosamente produrranno danni certi alla salute dei singoli e della comunità.

L'applicazione del PSSR in combinato con la Spending review appare infatti indaginosa e non priva di rischi durante il processo di attuazione.

La trasformazione del sistema

- Richiede **passi graduali e verificati** in progressione
- Le **scelte** regionali e l'applicazione delle ULSS non lo sono. Sono **premature, poco trasparenti, diseguali** fra ULSS più forti e quelle meno garantite presso il governo regionale
- Il **buon cambiamento** non consiste solo nella riformulazione e concentrazione di strutture e denominazioni, ma in **un approccio che tenga conto di tutti i fattori in causa** e dell'esito desiderato, prima che sostenibile.

Le linee strategiche regionali che appaiono sono:

1. Il risparmio si realizza solo dai **tagli alla spesa del personale** con un dimagramanto destrutturante delle posizioni dei medici e dei professionisti
2. Si avvia un **business** che va solo incontro alla crisi dell'edilizia, dell'indotto e degli affari connessi
3. **Maggior coinvolgimento del privato sia nella gestione** delle grandi strutture (P.F. per i nuovi ospedali) **che nella erogazione** (aumento o riqualificazione dei PL delle C.C. contro il processo inverso nel pubblico) = Avvio di una graduale privatizzazione e spesa di tasca propria per scaricare sui cittadini la sostenibilità del welfare?

La **riorganizzazione** invece andrebbe meglio **meditata con gli operatori professionali**, in relazione ai veri punti deboli del sistema che non sono solo economici. E con la **partecipazione dei cittadini** per alcuni aspetti, soprattutto sociali. Anche alla luce del fatto che in qualche ULSS (Vedi Pieve di Soligo) ciò è avvenuto.

Infine **anche le ass.ni che difendono diritti** di malati e cittadini dovrebbero **esercitare una vigilanza più serrata e virtuosa** = non coinvolta nei meccanismi del potere, esattamente come era il loro mandato originario.

Il Comitato propone di

- **diffondere e migliorare la qualità dell'informazione** a riguardo del tema verso tutti i cittadini;
- creare occasioni di **dibattito pubblico partecipativo** sull'applicazione del Piano Socio-Sanitario Regionale, da cui i politici decisori di ogni livello possano attingere per la conoscenza dei bisogni reali e delle legittime aspettative della cittadinanza che Essi rappresentano;
- verificare e sorvegliare **che vengano assunte le scelte più adeguate** e che siano progettate e gestite per raggiungere in modo virtuoso i risultati di salute previsti;
- surrogare, se necessario, **funzioni di controllo sociale** sull'operato delle Amministrazioni preposte e dei loro dirigenti, considerato che spetta in fine ai cittadini il controllo della loro rappresentanza e la tutela degli interessi che sono bene comune.

