

Bur n. 53 del 06/07/2012

Leggi Regionali N. 23 del 29 giugno 2012

Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012–2016.

Il Consiglio regionale ha approvato
Il Presidente della Giunta regionale
promulga

la seguente legge regionale:

Art. 1

Modifiche dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

1. All'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 dopo il comma 1 è inserito il seguente:

'1 bis. Il piano socio sanitario regionale ha durata quinquennale.'

2. Alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 la parola '*triennio*' è sostituita con la parola '*quinquennio*'.

3. Al fine di assicurare le migliori performance gestionali ed assistenziali, il bacino di riferimento delle aziende unità locali socio-sanitarie (ULSS) è compreso tra i 200.000 e i 300.000 abitanti, fatta salva la specificità del territorio montano, lagunare e del polesine, in conformità a quanto previsto dall'articolo 15 dello Statuto.

4. Viene individuata la figura del direttore generale alla sanità e al sociale, nominato dal Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale. Al direttore generale alla sanità e al sociale competono la realizzazione degli obiettivi socio-sanitari di programmazione, indirizzo e controllo, individuati dagli organi regionali, nonché il coordinamento delle strutture e dei soggetti che a vario titolo afferiscono al settore socio-sanitario. L'incarico di direttore generale alla sanità e al sociale può essere conferito anche ad esperti e professionisti esterni all'amministrazione regionale, con contratto di diritto privato a tempo determinato, risolto di diritto non oltre sei mesi successivi alla fine della legislatura.

Art. 2

Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2012–2016

1. In attuazione dell'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 'Istituzione del servizio sanitario nazionale', degli articoli 2 e 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, nel rispetto dei principi fondamentali contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421' e successive modificazioni, in coerenza con il vigente Piano sanitario nazionale e con il Programma regionale di sviluppo (PRS) approvato con legge regionale 9 marzo 2007, n. 5 'Programma regionale di sviluppo (PRS)', è approvato il Piano socio-sanitario regionale 2012–2016, di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante della presente legge.

2. Il Piano socio-sanitario regionale 2012–2016 individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale per il quinquennio 2012–2016.

3. Il Piano socio-sanitario regionale 2012–2016 è attuato dai provvedimenti di attuazione nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali, adottati dalla Giunta regionale entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e trasmessi alla competente commissione consiliare, che esprime il proprio parere entro e non oltre sessanta giorni dalla data di ricevimento, trascorsi i quali si prescinde dal parere stesso.

4. Sui provvedimenti adottati ai sensi del comma 3, la Giunta regionale acquisisce il parere della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 113 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112' e successive modificazioni, da esprimersi entro trenta giorni, trascorsi i quali si intende espresso favorevolmente.

5. La Giunta regionale, acquisiti i pareri di cui ai commi 3 e 4, approva i provvedimenti di attuazione di cui al comma 3 nei trenta giorni successivi.

6. La Regione assicura le necessarie risorse per garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e all'articolo 22, commi 2 e 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328 'Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali'.

Art. 3

Norma transitoria

1. Il Piano socio-sanitario regionale ha durata e validità per il quinquennio 2012–2016. Fino all'approvazione del piano socio-sanitario regionale successivo mantengono piena validità le norme e le disposizioni del piano stesso.

2. Le disposizioni del Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996–1998 mantengono la loro efficacia sino a quando non siano approvati gli specifici provvedimenti di attuazione di cui all'articolo 2, comma 3.

Art. 4

Modifiche dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517' e abrogazione dell'articolo 116 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112'

1. Il comma 8 dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è sostituito dal seguente:

'8. Il Presidente della Giunta regionale risolve il contratto del direttore generale dichiarandone la decadenza e provvede quindi alla sua sostituzione, nei casi previsti dal decreto legislativo n. 502/1992e successive modificazioni e dalle disposizioni contenute nel presente articolo.'

2. Dopo il comma 8 dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 sono inseriti i seguenti commi:

'8 bis. L'età anagrafica del direttore generale non può essere superiore ai sessantacinque anni al momento della nomina.

8 ter. L'incarico di direttore generale ha una durata di tre anni.

8 quater. Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda.

8 quinquies. I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita.

8 sexies. La valutazione annuale di cui al comma 8 quinquies fa riferimento:

- a) alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio;
- b) al rispetto della programmazione regionale;
- c) alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende ULSS.

8 septies. Con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera a), la valutazione compete alla Giunta regionale; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera b), la valutazione compete alla competente commissione consiliare; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera c), la valutazione compete alle conferenze dei sindaci, qualora costituite ai sensi dell'articolo 5.

8 octies. La pesatura delle valutazioni viene fissata con provvedimento della Giunta regionale in modo tale che sia garantito un sostanziale equilibrio tra i vari soggetti.

8 nonies. Il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale possono assumere incarichi esterni di rappresentanza, di collaborazione, di consulenza o di gestione, esclusivamente

sulla base di una preventiva formale autorizzazione del Presidente della Giunta regionale e purché non siano di rilevanza economica.

8 decies. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, in relazione alle risorse assegnate, costituisce causa di risoluzione del contratto del direttore generale; rappresentano, altresì, ulteriori cause di risoluzione il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Giunta regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale.

8 undecies. La risoluzione del contratto del direttore generale, ai sensi del comma 8 decies, costituisce causa di risoluzione dei contratti del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

8 duodecies. Il Presidente della Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario con i poteri del direttore generale per la risoluzione di particolari complessità gestionali o per la necessità di sviluppare progettualità programatorie rilevanti, definendo nell'atto di nomina obiettivi e risorse. La gestione commissariale avrà durata di dodici mesi eventualmente rinnovabili.'.

3. È abrogato l'articolo 116 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.

Art. 5

Modifiche dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

1. I commi 1 e 2 dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 sono sostituiti dai seguenti:

'1. Il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

2. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale è nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, sentito il sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'azienda ULSS coincida con quello del comune o la rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento. Egli è un laureato, preferibilmente nelle professioni sanitarie, mediche e non, socio-sanitarie e sociali che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione con autonoma gestione di budget e di risorse umane. Il rapporto di lavoro è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata triennale. Risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati. Al direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale si applica, in quanto compatibile, la disciplina prevista dalla presente legge per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo.'.

2. L'espressione 'direttore dei servizi sociali' si intende sostituita dall'espressione 'direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale' in tutta la legislazione regionale.

Art. 6

Modifiche all'articolo 23 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

1. Il comma 2 dell'articolo 23 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è sostituito dal seguente:

'2. I dipartimenti di prevenzione sono organizzati nei seguenti servizi:

- a) servizio di igiene degli alimenti e nutrizione;
- b) servizio di igiene e sanità pubblica;
- c) servizio di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- d) servizi veterinari;
- e) servizio di medicina legale per un bacino di 1.000.000 di abitanti.'.

2. Dopo il comma 4 dell'articolo 23 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è inserito il seguente:

'4 bis. Il direttore del dipartimento di prevenzione ha un incarico di durata triennale e non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda ULSS.'

Art. 7

Inserimento dell'articolo 7 bis 'Organizzazione dei settori strategici' nella legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

1. Dopo l'articolo 7 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è inserito il seguente articolo:

'Art. 7 bis

Organizzazione dei settori strategici

1. Le unità operative complesse e/o dipartimentali relative a:

- a) provveditorato;
- b) anatomia patologica;
- c) risorse umane;
- d) gestione della logistica;

vengono allocate per ambiti territoriali ottimali. La Giunta regionale definisce, con atto programmatico, sul quale esprime parere vincolante la competente commissione consiliare, le modalità attuative della riorganizzazione da attuarsi entro e non oltre il 31 dicembre 2013.'

2. Con riferimento alle unità operative complesse e/o dipartimentali inerenti il sistema informativo e l'Health Technology Assessment, l'ambito territoriale ottimale coincide con il livello regionale. La Giunta regionale definisce con proprio provvedimento, sul quale esprime parere vincolante la competente commissione consiliare, la tempistica per la relativa attuazione.

Art. 8

Definizione delle dotazioni standard e dei costi standard

1. Entro il 31 dicembre 2012 la Giunta regionale, d'intesa con la competente commissione consiliare, definisce le dotazioni standard del personale sanitario, professionale e amministrativo dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento ai bacini territoriali coincidenti con le aziende ULSS, secondo quanto previsto dal comma 4 dell'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.

2. Entro il 30 giugno 2013 la Giunta regionale, d'intesa con la competente commissione consiliare, definisce i costi standard per le prestazioni sanitarie funzionali all'erogazione dei LEA.

3. A partire dal 2014 il riparto delle risorse da destinare alle aziende ULSS per l'erogazione dei LEA è determinato sulla base delle dotazioni e dei costi standard come definiti ai commi 1 e 2.

Art. 9

Schede di dotazione ospedaliera

1. La Giunta regionale adegua, in conformità a quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, sentita la competente commissione consiliare, che esprime parere obbligatorio e vincolante entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento, decorsi i quali si prescinde dal parere stesso, le schede di dotazione ospedaliera, di cui alla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 'Norme di attuazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412 in materia sanitaria' e successive modificazioni e all'articolo 14 della legge

regionale 3 febbraio 1996, n. 5 'Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996-1998' e successive modificazioni, alle disposizioni previste dal presente PSSR. Le schede definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle aziende ULSS, dell'Istituto oncologico veneto (IOV), delle aziende ospedaliere e delle strutture private accreditate, indicando l'ammontare dei posti letto per aree omogenee e le unità operative autonome, specificando la tipologia di struttura in unità complessa e semplice a valenza dipartimentale e il setting ordinario, diurno o ambulatoriale, intendendosi per ordinario il ricovero organizzato sulle ventiquattro ore.

2. La Giunta regionale ridefinisce la rete dei presidi di emergenza-urgenza in modo da garantire a tutti i cittadini, compresi quelli residenti nei territori lagunari, montani e a bassa densità di popolazione, un accesso in tempi garantiti a soccorsi adeguati, secondo i criteri definiti nell'allegato A, paragrafo 3.2.4.

3. La specificità della Provincia di Belluno, così come previsto dall'articolo 15 dello Statuto, nelle schede di dotazione ospedaliera di cui al comma 1 si attua riconoscendo l'organizzazione policentrica a rete ed il suo integrale finanziamento, tenendo espressamente conto dei maggiori costi da ciò derivanti.

4. È abrogato il comma 7 dell'articolo 14 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5.

5. Sono abrogate tutte le disposizioni regionali in contrasto con il presente articolo.

Art. 10

Schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie

1. La Giunta regionale approva, in conformità a quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, sentita la competente commissione consiliare, che esprime parere obbligatorio e vincolante entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento, decorsi i quali si prescinde dal parere stesso, contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera, al fine di rendere omogenea la prevenzione, l'assistenza e la cura nel proprio territorio e per garantire la continuità dell'assistenza e delle cure, le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni azienda ULSS, tenendo conto dell'articolazione distrettuale, della distribuzione delle strutture sul territorio regionale nonché dell'accessibilità da parte del cittadino.

2. Le schede di dotazione territoriale contengono anche la previsione delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie.

3. Sono fatte salve le specificità del territorio bellunese, del polesine, delle aree montane e lagunari, delle aree a bassa densità abitativa, in conformità a quanto previsto dall'articolo 15 dello Statuto.

Art. 11

Conferimento incarichi e valutazione dei dirigenti apicali di unità operative complesse

1. Il direttore generale delle aziende ULSS, ospedaliere, ospedaliero-integrate e dell'Istituto oncologico veneto (IOV) procede al conferimento degli incarichi di dirigenti apicali di unità operativa complesse rendendo pubbliche le motivazioni professionali ed evidenziando qualità e meriti del soggetto al quale viene conferito l'incarico.

2. La Giunta regionale provvede, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, alla formulazione di uno schema-tipo di contratto di lavoro che, nel rispetto della vigente normativa, individua i seguenti criteri ai quali è obbligatorio far riferimento per la valutazione di fine incarico dei dirigenti apicali di unità operativa complesse:

- a) quantità e qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali concordati preventivamente in sede di discussione del budget;
- b) valorizzazione dei collaboratori;
- c) soddisfazione degli utenti;
- d) strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.

3. L'esito positivo della valutazione di cui al comma 2 determina la conferma dell'incarico.

Art. 12

Modifiche all'articolo 115 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112' e all'articolo 6, comma 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

1. L'articolo 115 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è sostituito dal seguente:

'Art. 115

Relazione sanitaria

1. Entro il 30 giugno di ogni anno la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale, tramite la competente commissione consiliare, la relazione sanitaria comprendente la verifica e la valutazione dell'attuazione del piano socio-sanitario regionale, dell'andamento della spesa sociale e sanitaria, dello stato sanitario della popolazione, dello stato dell'organizzazione e dell'attività dei presidi e dei servizi della Regione.

2. Gli Assessori regionali alla sanità e al sociale sono tenuti a relazionare, con cadenza semestrale, in aprile e in ottobre di ogni anno, alla competente commissione consiliare in ordine all'andamento della spesa sanitaria e sociale dell'anno in corso.'

2. Il comma 4 dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è abrogato.

Art. 13

Modifiche all'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112'

1. Dopo il comma 5 dell'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è inserito il seguente:

'5 bis. In conformità ai principi contenuti nello Statuto, il piano di zona è anche strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con la programmazione regionale.'

2. Dopo il comma 5 bis dell'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è inserito il seguente comma:

'5 ter. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona, ne segue l'attuazione ponendosi come snodo fondamentale tra l'azienda ULSS e la conferenza dei sindaci, qualora costituita ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e successive modificazioni.'

Art. 14

Anticipazione ammortamenti non sterilizzati in attuazione degli accordi del Tavolo Tecnico di Monitoraggio che prevede una copertura nell'arco di venticinque anni

1. Compatibilmente con le disponibilità delle risorse di bilancio, la Giunta regionale è autorizzata a concedere alle aziende sanitarie che presentino particolari difficoltà di cassa per effetto della durata del processo di ricapitalizzazione degli investimenti non sterilizzati in attuazione degli accordi del Tavolo Tecnico di Monitoraggio, una anticipazione finanziaria straordinaria necessaria a far fronte alle esigenze di pagamento dei debiti risultanti dallo stato patrimoniale delle stesse al netto dei crediti residui.

2. La Giunta regionale definisce con proprio provvedimento i criteri, le modalità di accesso e utilizzazione, nonché di restituzione dell'anticipazione di cui al comma 1 nel rispetto comunque delle disposizioni normative in materia di armonizzazione dei bilanci della pubblica amministrazione di cui al decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 'Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42' e successivi decreti attuativi.

Art. 15

Trasparenza

1. Tutte le strutture sanitarie, sociali o socio-sanitarie, persone fisiche o giuridiche, operanti nel territorio della Regione del Veneto, indipendentemente dalla forma giuridica in cui sono costituite o denominate, che siano destinatarie di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica amministrazione in base alle quali erogano dei servizi, hanno l'obbligo di rendere pubblico quanto percepito.

2. Le persone giuridiche adempiono all'obbligo di cui al comma 1 mediante la pubblicazione sui propri siti internet dei bilanci annuali, nei cinque anni successivi all'erogazione del finanziamento.

3. Le persone fisiche adempiono all'obbligo di cui al comma 1 mediante l'affissione nella sede in cui operano, negli spazi accessibili agli utenti, di un prospetto dal quale risulti quanto percepito, nei cinque anni successivi all'erogazione del finanziamento.

4. La pubblicazione deve avere, in ogni caso, le caratteristiche della completezza, della facile accessibilità da parte degli utenti ed evidenziare in maniera adeguata quanto ricevuto dalla pubblica amministrazione.

5. I soggetti che non adempiono o adempiono in modo parziale e/o difforme all'obbligo di cui ai commi 1, 2, 3 e 4, sono soggetti ad una diffida e ad una sanzione amministrativa pecuniaria compresa tra un minimo del 10 per cento e un massimo del 20 per cento di quanto percepito a titolo di finanziamento pubblico nell'ultimo anno. In caso di reiterazione, non possono più essere destinatari di pubblici finanziamenti né di convenzioni con la pubblica amministrazione.

6. L'applicazione delle sanzioni è di competenza dell'azienda ULSS nel cui territorio sono accertate le trasgressioni. Le aziende ULSS introitano i relativi proventi.

Art. 16

Forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria

1. La Giunta regionale promuove lo sviluppo di forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, in particolare per la non autosufficienza, coinvolgendo le parti sociali, i soggetti e le organizzazioni finanziarie e assicurative e altri enti e istituzioni al fine di darne un'ampia diffusione, nell'interesse della popolazione. Inoltre assicura il coordinamento e l'unitarietà della politica sanitaria e l'integrazione del servizio sanitario regionale con le prestazioni finanziate attraverso le forme integrative.

Art. 17

Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

1. La disciplina di cui all'articolo 37, commi 2, 3, 4 e 5 della legge regionale 19 febbraio 2007, n. 2 'Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007' è confermata per il triennio 2013-2015.

Art. 18

Modifica dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

1. Nel comma 3 bis dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 il termine '*novanta*' è sostituito con il termine '*sessanta*'.

Art. 19

Modifica dell'articolo 2 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 'Norme per l'istituzione ed il funzionamento dell'Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto (ARPAV)'

1. All'articolo 2 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 è aggiunto il seguente comma:

'2 bis. Ferme restando le competenze in materia ambientale regolate dalla vigente legislazione nazionale e regionale, le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e coordinamento nei confronti dell'ARPAV sono esercitate dalla Giunta regionale, per quanto riguarda gli aspetti economici, finanziari e amministrativi, in conformità alle vigenti disposizioni previste per le aziende (ULSS) e per le aziende ospedaliere, con specifico riferimento all'attuazione del piano socio-sanitario

regionale.'.

Art. 20

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione veneta. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

Venezia, 29 giugno 2012

Luca Zaia

INDICE

Art. 1 – Modifiche dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

Art. 2 – Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2012–2016

Art. 3 – Norma transitoria

Art. 4 – Modifiche dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517' e abrogazione dell'articolo 116 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112'

Art. 5 – Modifiche dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

Art. 6 – Modifiche all'articolo 23 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

Art. 7 – Inserimento dell'articolo 7 bis 'Organizzazione dei settori strategici' nella legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

Art. 8 – Definizione delle dotazioni standard e dei costi standard

Art. 9 – Schede di dotazione ospedaliera

Art. 10 – Schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie

Art. 11 – Conferimento incarichi e valutazione dei dirigenti apicali di unità operative complesse

Art. 12 – Modifiche all'articolo 115 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112' e all'articolo 6, comma 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge

23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

Art. 13 – Modifiche all'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112'

Art. 14 – Anticipazione ammortamenti non sterilizzati in attuazione degli accordi del Tavolo Tecnico di Monitoraggio che prevede una copertura nell'arco di venticinque anni

Art. 15 – Trasparenza

Art. 16 – Forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria

Art. 17 – Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

Art. 18 – Modifica dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

Art. 19 – Modifica dell'articolo 2 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 'Norme per l'istituzione ed il funzionamento dell'Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto (ARPAV)'

Art. 20 – Entrata in vigore

Dati informativi concernenti la legge regionale 29 giugno 2012, n. 23

Il presente elaborato ha carattere meramente informativo, per cui è sprovvisto di qualsiasi valenza vincolante o di carattere interpretativo. Pertanto, si declina ogni responsabilità conseguente a eventuali errori od omissioni.

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati:

- 1 – Procedimento di formazione
- 2 – Relazione al Consiglio regionale
- 3 – Note agli articoli
- 4 – Struttura di riferimento

1. Procedimento di formazione

- La Giunta regionale, su proposta del Presidente Luca Zaia, ha adottato il disegno di legge con deliberazione 26 luglio 2011, n. 15/ddl;
- Il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 27 luglio 2011, dove ha acquisito il n. 190 del registro dei progetti di legge;
- Il progetto di legge è stato assegnato alla Quinta commissione consiliare;
- La Quinta commissione consiliare ha espresso parere sul progetto di legge in data 5 aprile 2012;
- Il Consiglio regionale, su relazione della Quinta Commissione consiliare, consigliere Leonardo Padrin e su relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, consigliere Claudio Sinigaglia, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 20 giugno 2012, n. 19.

2. Relazione al Consiglio regionale

Signor Presidente, colleghi consiglieri,

a distanza di quindici anni dall'adozione del Piano socio-sanitario regionale, con legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, si ravvisa la necessità di rivedere i contenuti della programmazione in materia, nell'intento di adeguare il sistema ai cambiamenti socio-epidemiologici e, al contempo, di innovare i modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate in questi anni, perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità.

L'analisi di contesto evidenzia, infatti, il mutare dei bisogni assistenziali e l'emergere di nuove sfide assistenziali indotte, ad esempio, dalla crescita dell'aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione e con l'aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità.

Nel corso di questi anni sono stati, peraltro, introdotti alcuni elementi significativi che definiscono la cornice istituzionale. Il Patto per la salute 2010-2012, secondo l'intesa sottoscritta il 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, ha definito le linee programmatiche e le risorse per la Sanità nel triennio, prevedendo come azione strategica l'avvio di un monitoraggio sistematico dei fattori di spesa. Nello specifico gli ambiti strategici indicati, su cui operare per qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni degli assistiti, sono:

- riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- assistenza farmaceutica;
- governo del personale;
- qualificazione dell'assistenza specialistica;
- meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico-privato;
- accordi sulla mobilità interregionale;
- assistenza territoriale e post acuta;
- potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili;
- rilancio delle attività di prevenzione.

La manovra finanziaria 2010, con le disposizioni sul settore sanitario contenute nella legge n. 122/2010, di conversione del DL n. 78/2010, ha introdotto nuovi vincoli alla gestione economico finanziaria del SSR.

Inoltre, il tema del federalismo costituisce oggi uno dei capisaldi su cui riformare il sistema ed una direttrice prioritaria lungo la quale sviluppare i contenuti e le finalità della programmazione regionale. Più precisamente la legge n. 42/2009 di delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, dispone il superamento graduale del criterio della spesa storica nei settori di competenza regionale, in particolare nella Sanità, normando il passaggio ad un sistema di finanziamento sulla base dei costi standard.

L'attuazione dei suddetti provvedimenti, che hanno un forte impatto sulla programmazione socio-sanitaria regionale, richiede, conseguentemente, l'individuazione di misure di ridefinizione dei livelli regionali di assistenza e una razionalizzazione del profilo prestazionale.

In tale contesto appare, perciò, ineludibile un'opera di adeguamento del SSSR veneto a partire dal livello programmatico.

In questa nuova fase di programmazione si è ravvisata la necessità di rafforzare ed innovare le scelte di politica sanitaria, socio-sanitaria e sociale con particolare riferimento all'integrazione socio-sanitaria, alla sostenibilità del sistema, all'innovazione tecnologica ed organizzativa e alla misurabilità e trasparenza delle azioni intraprese.

Rappresentano, dunque, scelte strategiche della programmazione regionale:

- confermare e consolidare l'integrazione socio-sanitaria, che costituisce l'elemento distintivo del SSSR veneto e che si fonda sul ruolo svolto dai Comuni e dal Distretto socio-sanitario;
- potenziare l'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una filiera dell'assistenza in grado di garantire un sistema di cure graduali;

- completare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta);
- assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

L'implementazione di queste strategie vuole, altresì, rappresentare la garanzia di uniformità assistenziale per tutti gli assistiti del Veneto ed il superamento di differenze territoriali ed organizzative.

L'iter per la predisposizione del disegno di legge relativo al Piano socio-sanitario regionale è iniziato, presso le strutture della Giunta regionale, con una serie di audizioni con i rappresentanti delle aziende sanitarie, con gli organismi rappresentativi dei comuni, delle comunità montane, delle province, con le OO SS maggiormente rappresentative, con rappresentanti degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, con esponenti del volontariato, del privato sociale e delle associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, al fine di aprire un confronto ed acquisire contributi utili per la predisposizione del disegno di legge.

Successivamente è stata promossa la costituzione di due Tavoli Tecnici Permanenti, l'uno con l'Università e l'altro con una rappresentanza delle aziende sanitarie, delle parti sociali, sindacali e del volontariato, definendo momenti periodici di confronto su specifiche aree tematiche. È stata inoltre ricostituita ed attivata la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

Dopo l'approvazione da parte della Giunta regionale (avvenuta in data 26 luglio 2011), l'iter del PDL n. 190 è proseguito presso la Quinta Commissione consiliare che, dopo la presentazione tenutasi in data 2 agosto 2011, ha provveduto in data 23, 24, 26 e 27 settembre 2011 a consultazioni di carattere generale, effettuate sia con il metodo tradizionale (presso la sede del Consiglio regionale), sia on line, al fine di acquisire il maggior numero possibile di interventi da parte di soggetti comunque interessati.

Successivamente la Quinta Commissione ha esaminato e discusso approfonditamente il testo del PDL n. 190, estendendone la durata temporale da triennale a quinquennale e ha inserito nell'articolato una serie di disposizioni di carattere programmatico, essenziali per meglio definire la cornice entro la quale verrà data concreta attuazione al Piano stesso.

Tra queste si ricordano:

- la definizione del bacino di riferimento delle Aziende ULSS, compreso fra i 200.000 e 300.000 abitanti, fatte salve le specificità territoriali (articolo 1, comma 3);
- l'introduzione della figura del Direttore generale della sanità e del sociale, nominato dal Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale (articolo 1, comma 4);
- alcune importanti disposizioni relative ai direttori generali: la durata triennale dell'incarico; il limite di età posto a 65 anni; i criteri e la metodologia per la valutazione (articolo 4);
- l'introduzione della figura del Direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale (articolo 5);
- la durata triennale dell'incarico di Direttore del Dipartimento di Prevenzione (articolo 6);
- l'organizzazione dei settori strategici provveditorato, risorse umane e gestione della logistica per ambiti territoriali ottimali (definiti dalla Giunta regionale con atto programmatico), mentre con riferimento ai settori strategici sistema informativo e Health Technology Assessment, l'ambito territoriale ottimale coincide con il livello regionale. In entrambi i casi si prevede il parere vincolante della Quinta Commissione sui provvedimenti di Giunta (articolo 7);
- l'introduzione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni ULSS, tenendo conto sia dell'articolazione distrettuale sia della distribuzione delle strutture sul territorio regionale, da approvare contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera (articolo 9);
- le modalità di conferimento e di valutazione dei dirigenti apicali delle strutture operative complesse dove, in particolare, si prevede che l'esito positivo della valutazione determini la conferma nell'incarico (articolo 11);
- la norma sulla "Trasparenza" che introduce l'obbligo per tutte le strutture sanitarie, sociali o socio-sanitarie, persone fisiche o giuridiche, operanti nel territorio della Regione del Veneto, indipendentemente dalla forma giuridica in cui sono costituite o denominate, che siano destinatarie di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica amministrazione, in

base alle quali erogano dei servizi, l'obbligo di rendere pubblici (mediante inserimento nei siti internet e comunque in modo facilmente accessibile), i propri bilanci annuali, per le parti inerenti il finanziamento pubblico, nei cinque anni successivi all'erogazione del finanziamento, con la previsione di sanzioni nel caso di mancato rispetto di tale disposizione, che può arrivare alla impossibilità di essere destinatari di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica amministrazione (articolo 14).

La Quinta Commissione ha ultimato l'esame del progetto di legge nella seduta n. 66 del 5 aprile 2012 esprimendo a maggioranza (con il voto a favore di PDL e Lega Nord; l'astensione di Partito Democratico, Unione di Centro e Italia dei Valori; il voto contrario di Gruppo Misto e Federazione della Sinistra Veneta), parere favorevole in ordine alla sua approvazione da parte del Consiglio regionale.";

UDITA la relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, relatore il Vicepresidente della stessa, consigliere Claudio SINIGAGLIA, nel testo che segue:

"Signor Presidente, colleghi consiglieri,

a) Un'attesa lunga 16 anni

Meglio tardi che mai! Era ora! Finalmente! Sono le espressioni liberatorie e consolatorie che hanno accompagnato l'adozione di questo Piano. Fin dall'inizio dell'attuale legislatura, come peraltro nelle due legislature precedenti, le forze politiche di opposizione hanno costantemente sollecitato la Giunta regionale e i gruppi di maggioranza a dotare il Veneto di un nuovo Piano socio-sanitario, necessario per dare ai cittadini risposte adeguate ai nuovi bisogni e garantire a tutti il diritto alla salute. L'ultimo Piano approvato dal Veneto risale al lontano 1996. Da allora sono stati approvati ben quattro Piani sanitari nazionali (1998–2000; 2003–2005; 2006–2008; 2011–2013) e due Intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome per addvenire a nuovi Patti sulla salute (2006–2008 e 2010–2012). Mentre la nostra Regione perseverava in una avvilita inerzia, le Regioni più avanzate del centro nord, che fino agli anni novanta copiavano dal Veneto, hanno provveduto ad aggiornare o a riscrivere la programmazione sanitaria: Emilia-Romagna (nel 2003), Piemonte (nel 2007), Toscana (nel 2008), Lombardia (nel 2010).

Ma il Veneto oramai è abituato a piazzarsi in fondo alla classifica. Dopo aver impiegato 11 anni per varare il nuovo Statuto regionale ed essere arrivato ultimo nell'approvazione di finanziaria e bilancio 2012, con l'aggravio dell'esercizio provvisorio, ora conquista un'altra "maglia nera", quella dell'approvazione di un nuovo Piano socio sanitario dopo ben 16 anni! È evidente che piuttosto di governare i processi li subiamo!

b) Le criticità del sistema

Negli stessi anni in cui non si aggiornava la programmazione, si ampliava a dismisura il "buco" nei conti della sanità veneta amministrata da Lega Nord e PDL: dopo un lungo e abile occultamento mediatico, si è scoperto che la verità era persino peggiore di quanto l'opposizione denunciava: una voragine di 1.350 milioni di euro a cui il Veneto dovrà far fronte nei prossimi 25 anni. Un'ipoteca di 40 milioni di euro all'anno che grava pesantemente sul futuro.

Ora il quadro si complica e non poco perché oltre al ripiano, dovremo far fronte a una forte riduzione di risorse: nel 2013/2014 è già previsto un minor stanziamento del SSN di 8,5 miliardi di euro, vale a dire circa 800 milioni in meno per il Veneto!

Ma ciò che sta profondamente mutando sono le sfide assistenziali che dovremo affrontare nei prossimi anni. Da un lato il problema dell'invecchiamento e della non autosufficienza che investe la nostra Regione con 10–15 anni di anticipo rispetto al resto dell'Europa e con percentuali elevatissime. Indice di vecchiaia medio ormai a 140 con alcune ULSS che hanno superato quota 185!

Dall'altro il consolidarsi di gruppi di popolazione che vivono condizioni di vita legate alla cronicità, o portatori di particolari patologie che comportano interventi assistenziali ad alto impatto di costi con l'utilizzo di strumenti diagnostici e terapeutici sempre più sofisticati, messi a disposizione dal progresso tecnologico e farmacologico.

A tutti i cittadini deve essere garantito l'accesso ai migliori servizi, a tutti la garanzia della qualità delle cure!

Per affrontare con successo queste sfide in primo luogo è necessario dare appropriatezza agli interventi e risolvere le criticità del sistema, così impietosamente descritte nel Piano da diventare un preciso atto di accusa nei confronti di chi ha governato, e non ha governato bene: perché senza programmazione è cresciuta a dismisura la disomogeneità dei servizi e delle strutture nel

Veneto, e perché ha prevalso la discrezionalità delle scelte, rispetto alla giustizia e all'equità della distribuzione delle risorse e delle risposte; nel paragrafo 1.5 dell'Allegato A infatti vengono riconosciute:

- la disomogeneità tra le Aziende ULSS, con rilevanti differenze nell'offerta (per es. la distribuzione della dotazione di posti letto per acuti e per la riabilitazione), nell'attribuzione delle risorse per i LEA (da 1.500 a 2.600 euro il divario tra le ULSS nel riparto), nella costruzione di nuovi ospedali realizzati in project financing che hanno avuto il risultato di premiare alcune aree, ma di ingessare la programmazione, di offrire alta remuneratività ai concessionari e di sottrarre imponenti risorse all'erogazione dei LEA e dei servizi per tutti;
- la progressiva crescita della mobilità passiva ospedaliera, arrivata al 7 per cento e ascrivibile non solo alle ULSS confinanti con altre Regioni, ma anche ad importanti specialità come ortopedia, oncologia, riabilitazione;
- le liste d'attesa per le prestazioni specialistiche e la diagnostica; ormai, purtroppo, dobbiamo parlare di liste d'attesa anche per l'inserimento dei disabili nei centri diurni e nelle comunità residenziali. Un diritto negato che stride con i proclami che "il sociale non è stato toccato": viene toccato, eccome!
- il ricorso inappropriato ad alcune prestazioni (per es. Pronto soccorso).

c) Il ruolo della Quinta Commissione nella stesura del piano

La proposta di Piano adottata a luglio 2011 dalla Giunta regionale è stata ampiamente rivista dalla Quinta Commissione Sanità e Sociale, che ha fatto tesoro delle osservazioni e dei suggerimenti emersi nel corso delle audizioni dei soggetti a vario titolo coinvolti, dagli enti locali alle università, dal terzo settore al sindacato, dai rappresentanti dei medici alle organizzazioni delle professioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie. L'articolato di legge si è così arricchito, passando da un solo articolo a 15 articoli. Il lavoro della Commissione ha confermato e preservato l'impostazione strutturale del modello veneto, fondato su:

- l'integrazione socio-sanitaria;
- la classificazione della rete ospedaliera;
- la garanzia della rete di emergenza/urgenza;
- la programmazione di strutture e servizi del territorio per la continuità delle cure e dell'assistenza e per la presa in carico delle persone.

Oltre ad aver richiesto con forza una nuova programmazione socio-sanitaria, anche attraverso un apposito consiglio straordinario tenutosi a ottobre 2010, i consiglieri dei gruppi di opposizione hanno lavorato con spirito costruttivo per migliorare il nuovo Piano socio-sanitario. Infatti, il diritto fondamentale alla salute è una questione che non può essere lasciata all'appartenenza partitica e non deve essere decisa su questa base, ma ci deve vedere tutti impegnati a tradurre in servizi, e nel miglior modo possibile, gli 8,6 miliardi di euro a disposizione nel bilancio di previsione per il 2012. Le scelte devono essere compiute assicurando la massima trasparenza nell'utilizzo dei finanziamenti, e prendendo in considerazione esclusivamente il merito e le competenze per l'organizzazione dei servizi e per l'assistenza e la cura delle persone. Ci siamo impegnati per garantire questi principi, così come ci impegneremo costantemente per garantire l'integrazione socio-sanitaria e l'equità nell'accesso ai servizi, compresa l'alta tecnologia. Le scelte devono comunque essere compiute sulla base di dati oggettivi, scientifici ed epidemiologici, prendendo in considerazione in primo luogo le trasformazioni demografiche (20 per cento della popolazione oltre i 65 anni, 10 per cento oltre i 75) e l'aumento della cronicità (1,5 milioni di cittadini veneti sono esentati dal pagamento dei ticket perché affetti da patologie croniche).

Abbiamo chiesto chiarezza sulla governance; ciò che è scritto ci soddisfa solo in parte. È positiva la valutazione annuale dei direttori generali delle ULSS. La Giunta regionale valuterà il rispetto degli indirizzi di bilancio, la Quinta Commissione consiliare valuterà il rispetto della programmazione e la Conferenza dei sindaci valuterà l'organizzazione dei servizi nel territorio.

Riteniamo importante l'introduzione delle Schede di dotazione Territoriale (vera novità del Piano!) che programmeranno le strutture intermedie (ospedali di comunità, hospice, strutture per l'alzheimer e la sclerosi multipla, assistenza infermieristica domiciliare...) e i servizi del territorio. Le schede di dotazione ospedaliera e territoriale sono state concepite e devono essere utilizzate come "vasi comunicanti": per questo viene prescritta l'approvazione contestuale, "sentita la competente commissione consiliare che esprime parere obbligatorio e vincolante" (art. 9, c. 1). Se le degenze ospedaliere diventeranno più brevi, se i posti letto saranno ridotti a 3 ogni mille abitanti, la "regola aurea" dovrà essere la seguente: riduzione dei posti letto ospedalieri

solo dopo la creazione dei servizi nel territorio. Non firmeremo cambiali in bianco alla Giunta!

La definizione del direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali, responsabile del piano di zona e del funzionamento dei distretti, dovrebbe garantire maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi territoriali e attivare l'integrazione sociosanitaria; le medicine integrate di gruppo dovrebbero cambiare le modalità di lavoro dei medici di base e assicurare dalle ore 8:00 alle ore 20:00 la copertura del servizio.

Quanto mai opportuna è l'operazione trasparenza, ovvero l'obbligo di pubblicazione dei bilanci di tutti i soggetti che ricevono finanziamenti dalla Regione Veneto in ambito socio-sanitario; così come l'inclusione dei centri servizi per anziani nella filiera assistenziale del territorio: i CSA potranno contenere nuclei di strutture intermedie e diversificare le attività in accordo con l'ULSS e i Comuni (nella ormai disperata attesa della riforma delle IPAB). Giudizio positivo anche sulla regionalizzazione dell'informatizzazione e dell'acquisto dell'alta tecnologia sanitaria.

d) Le gravi carenze

Nonostante questi miglioramenti apportati dal lavoro in commissione, il piano presenta ancora molte carenze. Segnaliamo in particolare:

- 1) la discrezionalità delle linee guida: i criteri della rete ospedaliera lasciano ampia libertà di scelta nell'applicazione; c'è il rischio di accentramento nell'ospedale principale (hub) e di svuotamento della rete ospedaliera territoriale (spoke); anche la rete di emergenza/urgenza non è chiaramente definita;
- 2) la mancanza di indicazioni su quali ospedali verranno riconvertiti in strutture intermedie, ospedali di comunità o monospécialistici; le schede di dotazione ospedaliera e le schede di dotazione territoriale sono previste ma non allegate, e quindi al momento ignote;
- 3) la scarsità di indicazioni per potenziare la rete di riabilitazione, la cui insufficienza è peraltro riconosciuta dalla stessa Giunta come causa di mobilità passiva;
- 4) la carente organizzazione e progettualità sociosanitaria, delineate con superficialità e senza innovazione programmatica, soprattutto negli ambiti della disabilità, della salute mentale, dell'infanzia/famiglia/adolescenza, degli anziani e delle dipendenze;
- 5) la mancata definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS);
- 6) l'assenza di criteri per il finanziamento delle aziende ULSS e ospedaliere.

Si segnala inoltre che:

- 7) l'organizzazione dei servizi distrettuali non convince per la sovrapposizione nei ruoli del direttore del distretto, del direttore del territorio e del direttore delle unità operative trasversali (cure primarie, specialistica, cure palliative, famiglia e disabilità);
- 8) le professioni sanitarie e sociosanitarie non vengono adeguatamente valorizzate;
- 9) la durata triennale dell'incarico dei direttori generali è troppo breve e rischia di produrre "yes men"!

e) Un piano monco

In sintesi, siamo di fronte a una serie di linee guida, più che a un vero e proprio piano programmatico, perché mancano elementi fondamentali: l'indicazione su come ripartire le risorse per i vari interventi e quali saranno le scelte vere, sugli ospedali e sul territorio.

In secondo luogo, si tratta di un Piano sanitario più che socio-sanitario: infatti, nonostante le enunciazioni di principio, all'integrazione socio-sanitaria sembra attribuita una funzione "ancillare". Le risposte nel sociale sono sempre più incerte e il terzo settore, il privato sociale, i protagonisti, assieme agli enti locali, del welfare di comunità, sono disorientati e in attesa... in attesa delle rette di riferimento, dell'accordo programmatico, della definizione dei LIVEAS... e in questa attesa sconcerata vedere Marco, come tanti altri, dover manifestare per poter entrare nei Ceod, sconcerata veder l'ennesima protesta della FISH a

palazzo Ferro Fini per richiamare l'attenzione sui loro diritti: diritto alla vita indipendente, agli interventi di sollievo, alla riabilitazione... ci chiediamo: perché facciamo ricadere il peso della crisi sulle persone e famiglie più fragili e vulnerabili? In ragione di ciò, nel corso della discussione d'Aula proporremo un'organica riscrittura del paragrafo 3.5 dell'Allegato A, dedicato alle "Aree di intervento sociale e sanitario".

In terzo luogo, se è condivisibile che l'ospedale sia finalizzato alla cura delle acuzie, e di conseguenza ridotti i posti letto ospedalieri e ridefinite le loro funzioni, devono però essere individuati con chiarezza tutti i "luoghi" dedicati alla cura, poiché la cronicità, le malattie degenerative, la non autosufficienza, la disabilità riguardano una grande e crescente quantità di persone, che necessitano di una pluralità di interventi e di aiuti di natura diversa. In tale ambito occorre definire quali siano le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria ovvero quelle prestazioni che per la particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria devono essere assicurati dalle ULSS e ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza a totale carico del fondo sanitario, a prescindere dal luogo di erogazione: dalle strutture intermedie, ai centri servizi, all'hospice, dalle case di riposo alle strutture semiresidenziali e residenziali, alle altre tipologie organizzative e a domicilio.

f) Conclusioni

Possiamo concludere dicendo che il nuovo piano è, almeno per il momento, un "collage" di buone intenzioni e di contraddizioni: si ammette il problema delle liste d'attesa, ma non si prospetta alcuna soluzione per ridurle; non si investe sulla tessera sanitaria elettronica; in tutto il mondo i sistemi sanitari si stanno riorganizzando al fine di mantenere il livello di assistenza erogato nonostante la diminuzione delle risorse, e la Day Surgery è espressione di una generale tendenza alla razionalizzazione e alla riorganizzazione delle attività chirurgiche, che privilegia la primarizzazione delle cure e la deospedalizzazione. Negli USA, in Gran Bretagna e nei paesi del Nord Europa si è arrivati ad un tasso di riconversione ospedaliera vicino all'80 per cento. Quale percentuale si intende raggiungere nel Veneto? Quale obiettivo ci si pone?

Manca la programmazione per la costruzione e la manutenzione degli ospedali. Molte questioni decisive per il futuro del nostro sistema sanitario restano senza risposta. Significativa è l'affermazione contenuta nel par. 5.2 "Il finanziamento degli investimenti", dove vengono drammaticamente prefigurate "notevoli criticità alla potenzialità di finanziare investimenti futuri, destinati al rinnovamento degli impianti e delle attrezzature o a mantenere adeguato il quadro tecnologico". Siamo arrivati a questo punto? E di chi è la responsabilità?

Dopo aver utilizzato in modo spregiudicato il project-financing si sono bloccati gli investimenti. Ci chiediamo: si farà (e come) il nuovo ospedale di Padova? E sul centro protonico di Mestre qual è la posizione della Giunta e della sua maggioranza? E su Borgo Roma?

Siamo senz'altro di fronte ad una partita molto articolata, e come ogni partita si gioca su più tempi. Ora siamo al primo tempo, quello degli obiettivi, delle linee guida, della cornice organizzativa, ma la veridicità di quanto scritto si vedrà nelle schede ospedaliere e territoriali. O nella successiva possibile ridefinizione dei perimetri delle ULSS. Il non averci consentito la possibilità di conoscere le vere scelte di programmazione del territorio condiziona negativamente il nostro giudizio anche sul primo tempo dell'intera partita.

Ci preoccupa, e molto, l'aver di fronte non una linea politica, ma divergenti e contraddittorie scelte della maggioranza. Una maggioranza che vota il Piano in Commissione e viene messa in discussione dalla sua Giunta e dal suo Presidente. E che è sempre divisa! Dopo aver approvato il Piano in Giunta, il Presidente Zaia lo smentisce (quante ULSS? 1, 7, 15 o 22?); dopo aver approvato il Piano in Commissione parte della maggioranza ci ripensa. Possibile? Il Veneto vuole un governo, un percorso chiaro, un PSSR logico e coerente, strutturalmente coerente.

Ci batteremo soprattutto per questo. Non si scherza, non si fa demagogia con la salute della gente."

3. Note agli articoli

Nota all'articolo 1

– Il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 6 – Strumenti della programmazione socio sanitaria.

1. La programmazione socio-sanitaria regionale si realizza con il piano socio-sanitario regionale approvato dal Consiglio regionale.

1 bis. Il piano socio sanitario regionale ha durata quinquennale.

2. Il piano socio-sanitario regionale:

a) definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale e gli standards dei servizi garantendo equità di accesso e di trattamento dei cittadini sul territorio regionale;

b) si articola in programmi di intervento di area specifica a tutela della salute ed in piani settoriali che attuano gli obiettivi previsti dal piano socio-sanitario regionale per periodi non superiori al *quinquennio*.

3. Sono strumenti attuativi della programmazione socio-sanitaria approvati dalle Unità locali socio-sanitarie e dalle aziende ospedaliere e sottoposti a parere di congruità di cui alla legge di contabilità delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere:

a) i piani generali triennali delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, nonché i loro aggiornamenti annuali;

b) i singoli programmi d'intervento e i piani settoriali.

4. *(abrogato)*."

Note all'articolo 2

– Il testo dell'art. 55 della legge n. 833/1978 è il seguente:

"55. Piani sanitari regionali.

Le regioni provvedono all'attuazione del servizio sanitario nazionale in base ai piani sanitari triennali, coincidenti con il triennio del piano sanitario nazionale, finalizzati alla eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale.

I piani sanitari triennali delle regioni, che devono uniformarsi ai contenuti ed agli indirizzi del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e riferirsi agli obiettivi del programma regionale di sviluppo, sono predisposti dalla giunta regionale, secondo la procedura prevista nei rispettivi statuti per quanto attiene alla consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate. I piani sanitari triennali delle regioni sono approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio.

Ai contenuti ed agli indirizzi del piano regionale debbono uniformarsi gli atti e provvedimenti emanati dalle regioni."

– Il testo dell'art. 2 della legge regionale n. 56/1994 è il seguente:

"Art. 2 – Compiti della Regione.

1. La Regione svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.

2. La Regione disciplina le modalità dei rapporti fra Unità locali socio-sanitarie, Aziende ospedaliere, istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata e professionisti convenzionati, attraverso gli strumenti ed i vincoli della programmazione regionale. Tali rapporti sono fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sul sistema di verifica e revisione di qualità.

3. La Giunta regionale vigila sul rispetto delle disposizioni impartite in materia di requisiti minimi e di classificazione delle strutture erogatrici, sul grado di soddisfacimento dei diritti dei cittadini e verifica il raggiungimento dei risultati quantitativi e qualitativi prefissati dal piano socio-sanitario regionale.

4. La Giunta regionale, avvalendosi delle unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, sentiti gli organismi rappresentativi dei comuni, delle comunità montane, delle province, le università, le organizzazioni maggiormente

rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, le sezioni provinciali della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, gli organismi di volontariato, il privato sociale e le associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, adotta il piano socio sanitario regionale e lo trasmette al Consiglio regionale per l'approvazione.

5. (*omissis*)".

– Per il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 56/1994 vedi nota all'articolo 1.

– Il testo dell'art. 113 della legge regionale n. 11/2001 è il seguente:

"Art. 113 – Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria.

1. È istituita la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria che, nello svolgimento delle attività, si raccorda con la Conferenza permanente Regione–Autonomie locali, prevista dall'articolo 9 della legge regionale 3 giugno 1997, n. 20 .

2. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria esprime parere:

a) sulla proposta di piano socio sanitario regionale;

b) sulle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio sanitaria;

c) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis comma 7 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ULSS;

d) sugli schemi di disegno di legge e di regolamento in materia sanitaria, nonché sulle proposte di legge regionale di natura programmatica individuate dalla competente commissione consiliare. Il parere sulle proposte di legge, non vincolante, viene espresso entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento, trascorso il quale si prescinde dal parere stesso; (104)

e) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ospedaliere.

3. Nell'esposizione del parere di cui al comma 2, lettera a), la Conferenza esprime in particolare parere sui seguenti aspetti:

a) gli standard qualitativi delle prestazioni sociali e sanitarie;

b) i servizi essenziali da garantire alle persone;

c) la pari opportunità di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza per tutte le persone residenti nel suo territorio;

d) la definizione, per territori alpini o disagiati, di parametri speciali necessari a compensare condizioni di disagio oggettive;

e) la determinazione delle risorse da impegnare per garantire quanto stabilito nella programmazione;

f) la periodica azione di monitoraggio e di controllo sul raggiungimento degli obiettivi programmati.

4. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria propone annualmente documenti di valutazione sullo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi, sulla base delle informazioni contenute nella relazione sanitaria regionale che la Giunta regionale provvede a trasmettere entro il 30 giugno di ogni anno ai sensi dell'articolo 115. Copia dei documenti di valutazione è trasmessa al Consiglio regionale.

5. Limitatamente a quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 7, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria può chiedere alla Regione di revocare i direttori generali delle aziende ospedaliere o di non disporre la conferma.

6. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria elegge al suo interno il proprio Presidente. Essa ha la seguente composizione:

a) i presidenti delle Conferenze dei sindaci;

- b) tre rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) sezione regionale;
- c) un rappresentante dell'Unione regionale delle province del Veneto (URPV);
- d) un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani (UNCCEM).

7. Per la trattazione di argomenti che si riferiscono a funzioni e competenze delle amministrazioni provinciali, la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria è integrata dai Presidenti delle province.

8. I componenti di cui alle lettere b), c) e d) del comma 6 sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale su designazione delle rispettive associazioni.

9. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria provvede alla designazione del componente del collegio sindacale spettante all'organismo di rappresentanza dei comuni nelle aziende ospedaliere.

10. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria si insedia entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge e, organizza i propri lavori nel rispetto delle finalità e dei compiti previsti dal presente articolo."

– Il testo dell'art. 1 del decreto legislativo n. 502/1992 è il seguente:

"1. Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998–2000:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
- b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale;
- e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
- f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

- a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
- c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
- d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
- e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460. Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato articolo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all'articolo 8-quinquies."

– Il testo dell'art. 22 della legge n. 328/2000 è il seguente:

"22. Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

- a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
- f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
- g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;
- h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

3. Gli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui al comma 2, lettera c), sono realizzati, in particolare, secondo le finalità delle L. 4 maggio 1983, n. 184, L. 27 maggio 1991, n. 176, L. 15 febbraio 1996, n. 66, L. 28 agosto 1997, n. 285, L. 23 dicembre 1997, n. 451, L. 3 agosto 1998, n. 296, L. 31 dicembre 1998, n. 476, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, approvate con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, nonché della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per i minori disabili. Ai fini di cui all'articolo 11 e per favorire la deistituzionalizzazione, i servizi e le strutture a ciclo residenziale destinati all'accoglienza dei minori devono essere organizzati esclusivamente nella forma di strutture comunitarie di tipo familiare.

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;

e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario."

Note all'articolo 4

– Il testo dell'art. 13 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 13 – Direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera.

1. Il direttore generale è nominato con decreto del Presidente della Regione.
2. Il direttore generale dell'Azienda ospedaliera nella quale insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia è nominato d'intesa con il rettore della rispettiva università.
3. Al direttore generale spettano tutte le funzioni di gestione complessiva e la rappresentanza generale della stessa. E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnatigli dalla Giunta regionale nonché della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell'azienda.
4. Al direttore generale spetta la valorizzazione e la più efficace gestione delle risorse umane. A tal fine promuove le azioni formative più opportune, si dota delle strutture necessarie, nomina e con provvedimento motivato revoca il dirigente del personale.
5. Il direttore generale per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 3 si avvale dell'unità controllo di gestione.
6. Il direttore generale nomina, e con provvedimento motivato può sospendere o dichiarare decaduto, il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali.
7. Il direttore generale, fatta salva la normativa vigente, affida, e con provvedimento motivato revoca, la direzione delle strutture del distretto, del dipartimento di prevenzione, dell'ospedale nonché delle unità operative.
8. *Il Presidente della Giunta regionale risolve il contratto del direttore generale dichiarandone la decadenza e provvede quindi alla sua sostituzione, nei casi previsti dal decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni e dalle disposizioni contenute nel presente articolo."*

8 bis. L'età anagrafica del direttore generale non può essere superiore ai sessantacinque anni al momento della nomina.

8 ter. L'incarico di direttore generale ha una durata di tre anni.

8 quater. Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda.

8 quinquies. I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita.

8 sexies. La valutazione annuale di cui al comma 8 quinquies fa riferimento:

- a) *alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio;*
- b) *al rispetto della programmazione regionale;*
- c) *alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende ULSS.*

8 septies. Con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera a), la valutazione compete alla Giunta regionale; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera b), la valutazione compete alla competente commissione consiliare; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera c), la valutazione compete alle conferenze dei sindaci, qualora costituite ai sensi dell'articolo 5.

8 octies. La pesatura delle valutazioni viene fissata con provvedimento della Giunta regionale in modo tale che sia garantito un sostanziale equilibrio tra i vari soggetti.

8 nonies. Il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale possono assumere incarichi esterni di rappresentanza, di collaborazione, di consulenza o di gestione, esclusivamente sulla base di una preventiva formale autorizzazione del Presidente della Giunta regionale e purché non siano di rilevanza economica.

8 decies. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, in relazione alle risorse assegnate, costituisce causa di risoluzione del contratto del direttore generale; rappresentano, altresì, ulteriori cause di risoluzione il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Giunta regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale.

8 undecies. La risoluzione del contratto del direttore generale, ai sensi del comma 8 decies, costituisce causa di risoluzione dei contratti del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

8 duodecies. Il Presidente della Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario con i poteri del direttore generale per la risoluzione di particolari complessità gestionali o per la necessità di sviluppare progettualità programmatiche rilevanti, definendo nell'atto di nomina obiettivi e risorse. La gestione commissariale avrà durata di dodici mesi eventualmente rinnovabili."

Nota all'articolo 5

– Il testo dell'art. 16 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 16 – Direttore dei servizi sociali.

1. *Il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.*
2. *Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale è nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, sentito il sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'azienda ULSS coincida con quello del comune o la rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento. Egli è un laureato, preferibilmente nelle professioni sanitarie, mediche e non, socio-sanitarie e sociali che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione con autonoma gestione di budget e di risorse umane. Il rapporto di lavoro è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata triennale. Risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati. Al direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale si applica, in quanto compatibile, la disciplina prevista dalla presente legge per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo.*
3. *Il direttore dei servizi sociali coadiuva il direttore generale nella gestione dell'Unità locale socio-sanitaria, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria, con riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari e dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute avvalendosi dei referenti di cui all'articolo 17. Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni."*

Nota all'articolo 6

1. Il testo dell'art. 23 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 23 – Dipartimento di prevenzione.

1. *Il dipartimento di prevenzione è la struttura tecnico-funzionale dell'Unità locale socio-sanitaria preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione.*
2. *I dipartimenti di prevenzione sono organizzati nei seguenti servizi:*
 - a) *servizio di igiene degli alimenti e nutrizione;*
 - b) *servizio di igiene e sanità pubblica;*

c) *servizio di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;*

d) *servizi veterinari;*

e) *servizio di medicina legale per un bacino di 1.000.000 di abitanti.*

3. Le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria, già disciplinate dalle leggi regionali 31 maggio 1980, n. 78, e 31 maggio 1980, n. 77, 30 novembre 1982, n. 54 e successive modifiche ed integrazioni, sono trasferite ai servizi del dipartimento di prevenzione.

4. Al dipartimento di prevenzione è preposto un responsabile, nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, su proposta del direttore sanitario e scelto fra il personale dell'Unità locale socio-sanitaria avente qualifica dirigenziale, preferibilmente fra i responsabili dei servizi di cui al comma 2. In quest'ultima ipotesi il responsabile del dipartimento di prevenzione di norma non può conservare la direzione del proprio servizio.

4 bis. Il direttore del dipartimento di prevenzione ha un incarico di durata triennale e non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda ULSS.

5. Il responsabile del dipartimento di prevenzione sovrintende all'assetto organizzativo complessivo della struttura, integrando obiettivi, azioni, risorse, professionalità e strategie attuative dei diversi servizi con un'azione di pianificazione, coordinamento e controllo. In particolare al responsabile del dipartimento di prevenzione spetta:

a) il coordinamento dei progetti finalizzati del dipartimento;

b) il coordinamento con l'Agenzia regionale per l'ambiente di cui al decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496 convertito con modificazioni dalla legge 21 gennaio 1994, n. 61, e le sue articolazioni territoriali;

c) la gestione del budget e l'assegnazione delle quote ai servizi secondo modalità definite dalle direttive di cui alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 31;

d) l'attuazione di eventuali misure di riequilibrio in ordine al fabbisogno di risorse umane dei vari servizi e la direzione del personale assegnato agli uffici di staff del dipartimento;

e) la supervisione sulle attività inerenti i flussi informativi del dipartimento e dei servizi, la diffusione degli standards di qualità dei servizi e il loro controllo;

6. Il piano socio-sanitario regionale individua i dipartimenti di prevenzione che svolgono funzioni multizonali da attuare attraverso accordi e programmi concordati dai direttori generali delle Unità locali socio-sanitarie interessate."

Nota all'articolo 12

– Per il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 56/1994 vedi nota all'articolo 1.

Nota all'articolo 13

– Il testo dell'art. 128 della legge regionale n. 11/2001, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 128 – Programmazione dei servizi sociali.

1. Ferme restando le funzioni che attengono ad esigenze di carattere unitario, e nel rispetto del principio di sussidiarietà di cui all'articolo 4 della legge n. 59/1997 e, delle disposizioni di cui alla legge n. 328/2000, la Regione provvede alla programmazione dei servizi sociali attraverso i comuni, le province, le ULSS e con la partecipazione degli altri enti pubblici e dei soggetti di cui al comma 5 dell'articolo 1 della medesima legge n. 328/2000.

2. Con legge regionale, ai sensi del decreto legislativo n. 267/2000, sono indicati i principi della cooperazione dei comuni e delle province tra loro e la Regione, gli obiettivi generali della programmazione, le forme e i modi di partecipazione alla formazione dei piani e programmi regionali, e sono indicati i criteri e fissate le procedure per gli atti e gli strumenti della programmazione dei comuni e delle province rilevanti ai fini dei programmi regionali.

3. I comuni e le province svolgono i propri compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali in recepimento del principio di sussidiarietà e in armonia con la programmazione regionale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio dalle ULSS.

4. La dimensione territoriale ottimale di esercizio dei servizi, per rispondere alle esigenze di omogeneità di erogazione degli stessi e di contenimento della frammentazione locale e per favorire la programmazione degli interventi, il miglior utilizzo delle risorse, nonché l'integrazione sociosanitaria, è individuata nel territorio di competenza di ciascuna ULSS. Laddove sussistano specifiche esigenze territoriali o emergenze sociali, la Conferenza dei sindaci in armonia con l'articolazione in distretti delle ULSS, individua con riferimento al piano di zona particolari modalità di attuazione della rete dei servizi e di erogazione delle relative prestazioni.

5. Il piano di zona, di cui all'articolo 8 della legge regionale n. 56/1994 e agli articoli 4 e 5 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, nonché previsto dall'articolo 19 della legge n. 328/2000, è lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria.

5 bis. In conformità ai principi contenuti nello Statuto, il piano di zona è anche strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con la programmazione regionale."

5 ter. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona, ne segue l'attuazione ponendosi come snodo fondamentale tra l'azienda ULSS e la conferenza dei sindaci, qualora costituita ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e successive modificazioni."

6. Le forme associative e di cooperazione di cui al decreto legislativo n. 267/2000 sono utilizzate dai soggetti interessati in armonia con la programmazione del piano di zona, al fine di conseguire un uniforme livello qualitativo dei servizi sociali e di integrazione socio-sanitaria e di realizzare un miglior coordinamento degli interventi nel territorio.

7. La Giunta regionale individua le procedure e fissa i termini per la presentazione agli uffici regionali del piano di zona da parte della Conferenza dei sindaci ed in caso di mancata elaborazione, approvazione e presentazione nei termini stabiliti, trascorsi inutilmente i predetti termini, la Giunta regionale interviene nominando in via sostitutiva un commissario ad acta per la realizzazione di tali adempimenti.

8. La Giunta regionale individua strumenti, modalità e procedure per accertare, con riferimento al piano di zona, il conseguimento degli obiettivi e il connesso utilizzo delle risorse.

9. La realizzazione, il potenziamento, l'adattamento e la trasformazione di strutture per lo svolgimento di servizi sociali sono subordinate a preventiva autorizzazione. Tali autorizzazioni sono rilasciate dal sindaco del comune territorialmente competente previa acquisizione del provvedimento rilasciato dalla struttura regionale attestante la compatibilità del progetto con la programmazione regionale.

10. Nell'ipotesi d'intervento sostitutivo di cui al comma 7, le quote del fondo sociale regionale non attribuite per la mancata elaborazione, approvazione e realizzazione del piano di zona, sono assegnate ai soggetti istituzionali in conformità alle iniziative contenute nel piano di zona approvato in via sostitutiva.

11. Nella formulazione degli atti di programmazione regionale dei servizi sociali, ai sensi del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39 "Norme in materia di sistemi informativi automatizzati delle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 2, comma 1, lettera mm) della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nonché ai sensi dell'articolo 21 della legge n. 328/2000 assume rilevanza strategica l'organizzazione e la realizzazione del sistema informativo regionale mediante la gestione informatica dei dati che consenta l'approfondita analisi delle esigenze sociali, la conoscenza delle risorse disponibili e l'equa distribuzione delle medesime, nonché la valutazione dei risultati in termini di rendimento e di verifica dei benefici.

12. Per le finalità di cui al comma 11 la Giunta regionale organizza di conseguenza le proprie strutture con apposito personale e strumenti e promuove l'utile apporto degli enti locali e delle ULSS per la gestione di un patrimonio comune di informazioni."

Nota all'articolo 17

– Il testo dell'art. 37 della legge regionale n. 2/2007 è il seguente:

"Art. 37 – Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale.

1. Ai fini del concorso della Regione del Veneto alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007–2009, di cui all'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)", in attuazione del protocollo d'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, per un patto nazionale per la salute, sul quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, in data 28 settembre 2006, ha espresso la propria condivisione, le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale si attengono alle disposizioni della presente legge dirette al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale.

2. Per il triennio 2007–2009 le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale adottano misure di contenimento della spesa per il personale, complessivamente inteso, idonee a garantire che la spesa stessa risulti compatibile con gli obiettivi di bilancio assegnati dalla Regione a ciascuna azienda od ente. A tale fine le aziende e gli enti:

a) mettono in atto tutte le possibili azioni di razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi prima di ricorrere a nuove acquisizioni di risorse umane;

b) possono procedere al reclutamento di personale, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro, esclusivamente per garantire le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza;

c) devono in ogni caso osservare il limite del costo del personale sostenuto nell'anno 2006, fatti salvi i maggiori oneri derivanti dall'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

3. I limiti di cui alle lettere b) e c) del comma 2, non operano nei seguenti casi:

a) assunzioni a tempo determinato o collaborazioni coordinate e continuative finalizzate alla realizzazione di progetti dotati di autonomo finanziamento regionale, ovvero proveniente dall'Unione europea o da soggetti privati, nei limiti della durata dei progetti e dei relativi finanziamenti;

b) sostituzione del personale interessato a progetti di collaborazione internazionale o di emergenza sanitaria all'estero;

c) assunzioni a tempo determinato per la sostituzione di dipendenti in comando presso l'amministrazione regionale;

d) acquisizione di risorse umane dedicate ad attività socio-assistenziali gestite dalle aziende ULSS per delega degli enti locali, il cui onere, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni, è totalmente a carico dei medesimi enti locali;

e) reclutamento, da parte delle aziende ULSS capoluogo di provincia, di personale nelle Unità Operative Invalidi Civili (UOIC), secondo le previsioni e le quantificazioni stabilite dalla deliberazione della Giunta regionale 3 novembre 2000, n. 3552 pubblicata nel BUR 5 dicembre 2000, n. 106;

f) acquisizione di personale finalizzato alla realizzazione di progetti proposti e finanziati totalmente dalla Regione aventi rilievo di area vasta sovraprovinciale o regionale.

4. La Giunta regionale, in relazione alle risorse finanziarie disponibili, impartisce annualmente indirizzi specifici per assicurare la coerenza delle misure di cui al comma 2 con gli atti della programmazione regionale (upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità").

5. La Giunta regionale verifica l'andamento della spesa sanitaria in corso d'esercizio e, ove necessario, adotta, anche in materia di spesa di personale, misure idonee ad assicurare la riconduzione in equilibrio delle gestioni aziendali."

Nota all'articolo 18

– Il testo dell'art. 9 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 9 – Ambiti territoriali delle Unità locali socio-sanitarie ed individuazione delle Aziende ospedaliere.

1. Ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del decreto legislativo di riordino e dell'articolo 3, comma 2 della legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 , e sulla base dei parametri relativi alla popolazione, al territorio, ai trasporti e comunicazioni viarie e alla mobilità sanitaria, e all'equilibrio tecnico-finanziario, la Regione definisce gli ambiti territoriali delle Unità locali

socio-sanitarie così come individuati dall'allegato A) che costituisce parte integrante della presente legge.

2. La Regione individua quali ospedali da costituire in azienda gli ospedali di Padova e Verona su cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina, secondo quanto previsto dall'allegato B) che costituisce parte integrante della presente legge.

3. Le modifiche degli ambiti territoriali delle unità locali socio-sanitarie e l'individuazione delle aziende ospedaliere di cui ai commi 1 e 2 sono effettuate con legge regionale sentiti gli enti locali interessati. Le modifiche hanno efficacia a partire dal primo gennaio successivo all'entrata in vigore della legge regionale.

3 bis. Qualora gli enti locali interessati non esprimano il parere di cui al comma 3 entro il termine di *sessanta* giorni dal ricevimento della richiesta, si prescinde dallo stesso.

3 ter. Qualora in conformità a quanto previsto dall'articolo 4 bis, comma 2, venga costituita l'Azienda ospedaliero-universitaria integrata, l'Azienda ospedaliera cessa di essere tale al fine di assumere la nuova configurazione giuridica di Azienda ospedaliero-universitaria integrata e, di conseguenza, l'allegato B è automaticamente modificato in deroga alle procedure del presente articolo.

4. L'azienda ospedaliera si organizza sulla base dei principi stabiliti dalla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 .".

Nota all'articolo 19

– Il testo dell'art. 2 della legge regionale n. 32/1996, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 2 – Funzioni della Regione.

1. La Regione provvede, in particolare, a:

- a) definire, nell'ambito degli strumenti di programmazione e pianificazione previsti dalla normativa vigente, gli obiettivi generali delle attività di prevenzione collettiva e controllo ambientale;
- b) approvare il regolamento ed il piano pluriennale di attività dell'ARPAV di cui agli articoli 15 e 16;
- c) assicurare il coordinamento e l'integrazione dei diversi soggetti istituzionali operanti nei settori della protezione e del controllo ambientale e della prevenzione primaria collettiva;
- d) esercitare il controllo di cui all'articolo 19.

2. Spettano al Consiglio regionale le funzioni di cui alla lettera a) del comma 1; spettano alla Giunta regionale le rimanenti funzioni.

2 bis. Ferme restando le competenze in materia ambientale regolate dalla vigente legislazione nazionale e regionale, le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e coordinamento nei confronti dell'ARPAV sono esercitate dalla Giunta regionale, per quanto riguarda gli aspetti economici, finanziari e amministrativi, in conformità alle vigenti disposizioni previste per le aziende (ULSS) e per le aziende ospedaliere, con specifico riferimento all'attuazione del piano socio-sanitario regionale."

4. Struttura di riferimento

Segreteria regionale per la sanità

ALLEGATO A

**“NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA E
APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2016”**

INDICE ALLEGATO A

PREMESSA.....	5
1. IL CONTESTO.....	7
1.1 ELEMENTI DELLA CORNICE ISTITUZIONALE.....	7
1.2 QUESTIONE PRELIMINARE: DETERMINAZIONE DEI NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA	9
1.3 SCENARIO SOCIO-DEMOGRAFICO E EPIDEMIOLOGICO	10
1.3.1 Scenario socio-demografico	10
1.3.2 Scenario epidemiologico e bisogni di salute.....	12
1.3.3 Gli ambiti di priorità a livello di gruppi di popolazione	21
1.4 POTENZIALITÀ DELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	26
1.4.1 Le strutture ospedaliere	26
1.4.2 Le strutture residenziali socio-sanitarie	29
1.4.3 Dall’analisi alle linee di indirizzo	30
1.5 CRITICITÀ E SFIDE DA AFFRONTARE	31
2. COSTRUIRE LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE.....	33
2.1 I RIFERIMENTI PER UNA PROGRAMMAZIONE IN VENETO.....	33
2.2 UMANIZZAZIONE DELL’ASSISTENZA	34
2.3 UN PIANO INTEGRATO PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA	36
2.3.1 L’integrazione socio-sanitaria	36
2.3.2 L’integrazione Ospedale-Territorio.....	37
2.4 UN PATTO CON UNA COMUNITÀ COMPETENTE E PARTECIPE	38
2.5 LE RELAZIONI SOCIO-SANITARIE INTERNAZIONALI	39
3. GLI AMBITI DELLA PROGRAMMAZIONE	42
3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE	43
3.1.1 Obiettivi di salute prioritari nell’assistenza territoriale	45
3.1.2 Modelli organizzativi dell’assistenza territoriale	48
3.1.3 La filiera dell’assistenza territoriale	50
3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA.....	59
3.2.1 La rete ospedaliera su due livelli	60
3.2.2 Modelli organizzativi gestionali	62
3.2.3 Definizione della rete di offerta ospedaliera pubblica e privata	64

3.2.4	Le reti cliniche integrate anche con il Territorio	67
3.2.5	Rapporti con l'Università.....	76
3.3	ASSISTENZA SPECIALISTICA, FARMACEUTICA E PROTESICA.....	80
3.3.1	Assistenza specialistica	80
3.3.2	Assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici	82
3.3.3	Assistenza protesica	84
3.4	PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE ..	85
3.4.1	Aree prioritarie di intervento	85
3.4.2	La rete dei Dipartimenti di Prevenzione	94
3.5	AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO.....	96
3.5.1	Organizzazione degli interventi socio-sanitari	96
3.5.2	La famiglia: una “risorsa” da sostenere	98
3.5.3	Area famiglia, infanzia, adolescenza, giovani	99
3.5.4	Area anziani	102
3.5.5	Area disabilità	103
3.5.6	Area delle dipendenze	106
3.5.7	Area della salute mentale.....	109
3.5.8	Area della Sanità penitenziaria	112
4.	STRUMENTI A SUPPORTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA	114
4.1	QUALITÀ E SICUREZZA DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE ...	114
4.1.1	Clinical governance	114
4.1.2	Risk management e sicurezza del paziente.....	116
4.1.3	Accreditamento istituzionale e politiche per il miglioramento continuo della qualità	117
4.2	RICERCA E INNOVAZIONE	118
4.2.1	Health Technology Assessment.....	120
4.2.2	Tecnologie innovative	122
4.3	AZIONI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE	122
4.3.1	La formazione	126
4.3.2	La formazione di base	127
4.3.3	L'Educazione Continua in Medicina	128
4.4	VERSO UN “CRUSCOTTO DI GOVERNO”	129
4.4.1	Il sistema di controllo interno e il sistema degli indicatori	130
4.4.2	Il sistema informativo integrato	133
4.4.3	Il sistema degli Osservatori.....	136

4.4.4 Strutture e attività a supporto della programmazione	138
4.5 STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE	142
5. IL SISTEMA DEI FINANZIAMENTI	143
5.1 FINANZIAMENTO DEL SSSR.....	143
5.2 IL FINANZIAMENTO DEGLI INVESTIMENTI.....	146

PREMESSA

L'evoluzione dell'assetto istituzionale del nostro Paese con l'enfasi sul federalismo fiscale, il quadro economico nazionale e l'analogo contesto europeo caratterizzati da una crescita molto contenuta del Prodotto Interno Lordo, i cambiamenti demografici ed epidemiologici nel Veneto, la prolungata fase di crisi economica in cui la domanda assistenziale aumenta ma si riduce la disponibilità finanziaria delle famiglie, nonché l'introduzione e la rapida diffusione di nuove tecnologie pongono oggi di fronte a crescenti problemi di sostenibilità del Sistema Socio-Sanitario Regionale (SSSR) e richiedono uno sforzo sinergico ai vari livelli di governo per ridefinire le linee di programmazione socio-sanitaria della Regione Veneto.

È richiesto un forte impegno, per lo più di razionalizzazione, per migliorare aspetti essenziali e strategici dell'offerta e della domanda, tenendo conto dello scenario, della storia e della specificità del SSSR veneto. In particolare, sul versante dell'offerta, occorre puntare a rivedere e perfezionare l'equità allocativa, la produttività delle strutture sanitarie, l'accessibilità dei servizi e la qualità delle prestazioni che si erogano agli assistiti del Veneto, la continuità dell'assistenza. Sul versante della domanda urge lavorare sul piano di una mirata appropriatezza clinica ed organizzativa, su un più accentuato senso di partecipazione civica degli utenti per una corretta fruizione dei servizi socio-sanitari.

La sostenibilità economica del SSSR va, pertanto, perseguita mediante un sistema di *governance* multilivello, da declinare a livello regionale, aziendale e comunale, atto anche a garantire il massimo equilibrio tra la garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) ed il sistema dei finanziamenti.

Questa nuova fase della programmazione rappresenta, dunque, una sfida decisiva e comporta un accresciuto livello di responsabilità da parte dell'Amministrazione pubblica, dei professionisti e degli assistiti del Veneto per ridisegnare gradualmente il SSSR, anche in un nuovo quadro di diritti e doveri.

Il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR), pur confermando le linee di indirizzo della precedente programmazione, introduce importanti elementi di novità. Esso:

- pone al centro la persona, nella considerazione che la salute è patrimonio della collettività, che le scelte della politica debbono privilegiare la tutela della salute, che il dovere civico alla salute è basato su doveri di solidarietà sociale, che se per ciascun cittadino l'impegno a proteggere la propria salute è un dovere civico, per gli operatori sanitari è anche un dovere etico-professionale, che l'umanizzazione deve essere un vincolo pregnante del sistema-salute;
- valorizza il rapporto con gli Enti locali e con le Comunità;
- definisce gli obiettivi di salute e le modalità di erogazione dei LEA;
- individua nel Territorio la propria scelta operativa strategica;
- riorganizza la rete dell'assistenza ospedaliera e territoriale sulla base anche delle conoscenze epidemiologiche e delle modifiche nei profili di bisogno;

- dà valore di riferimento precipuo alle migliori pratiche, valutandone la trasferibilità in una logica di sistema;
- semplifica e migliora gli adempimenti e le procedure;
- attiva funzioni di monitoraggio e di governo del sistema;
- risponde a criteri di sostenibilità economica, individuando costi e risorse occorrenti.

Una nuova programmazione correlata ai bisogni consolidati ed emergenti della società veneta di oggi deve, quindi, prevedere interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale, promuovendo la diretta correlazione tra responsabilità, risorse disponibili ed azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica ed organizzativa, in sintonia con quelle specificità che rendono unico il modello veneto.

Tale strategia di fondo implica una somma di interventi specifici e coordinati, finalizzati a:

- mantenere e garantire un'erogazione uniforme dei LEA su tutto il territorio regionale;
- sviluppare la rete assistenziale territoriale;
- rideterminare le reti cliniche ospedaliere;
- potenziare le iniziative di promozione alla salute ed i piani di prevenzione;
- ricercare la massima appropriatezza in ambito farmaceutico, specialistico e protesico;
- individuare il fabbisogno strutturale e tecnologico della rete assistenziale;
- promuovere la formazione continua, la ricerca e l'innovazione;
- introdurre e diffondere strumenti di *clinical governance*, mirati anche alla qualità ed alla sicurezza dei pazienti;
- definire un'attività informativa regionale che sia funzionale all'azione di governo regionale e locale;
- sviluppare, in modo coordinato ed integrato, il sistema informativo regionale con le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere al fine di assicurare la continuità e la sicurezza dell'assistenza socio-sanitaria;
- attuare avanzate metodologie per la verifica ed il controllo di qualità della gestione economico-finanziaria delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere.

Tutto ciò comporta per le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere il doveroso compito di aggiornare il proprio Atto aziendale in relazione alle indicazioni contenute nel nuovo PSSR, e di adeguare gli atti di programmazione, quali il Piano Attuativo Locale e il Piano di Zona. Le Aziende potranno, peraltro, proporre modalità organizzative e gestionali innovative che siano ritenute migliorative ai fini dell'attuazione degli indirizzi programmatici della Regione.

1. IL CONTESTO

1.1 ELEMENTI DELLA CORNICE ISTITUZIONALE

Il Patto per la Salute 2010-2012, secondo l'intesa sottoscritta il 3/12/2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, delinea le linee programmatiche e le risorse per la Sanità nel triennio, prevedendo come azione strategica l'avvio di un monitoraggio sistematico dei fattori di spesa. In tale contesto vengono focalizzate alcune misure di specifico interesse per la programmazione regionale tra cui:

- la riduzione dei posti letto per acuti da 4,5 a 4 per mille abitanti, di cui lo 0,7‰ da dedicare a lungodegenza e riabilitazione;
- l'individuazione dei 108 DRG a rischio di inappropriatezza e dei 24 DRG da trasferire dalla *day surgery* al regime ambulatoriale;
- il perfezionamento di accordi interregionali sulla mobilità sanitaria perché nei nuovi standard siano compresi anche i pazienti di altre regioni e l'individuazione di standard di ospedalizzazione, struttura e appropriatezza delle prestazioni;
- le regressioni tariffarie per il privato accreditato;
- la riduzione stabile degli organici e il ridimensionamento dei fondi per i contratti integrativi.

Inoltre le misure previste dalla manovra finanziaria, in particolare il blocco delle procedure contrattuali e negoziali del personale, nonché la riduzione nel triennio del fondo di finanziamento, potrebbero condizionare il mantenimento degli attuali standard quali-quantitativi dell'assistenza socio-sanitaria regionale. Occorre perciò prevedere tempestivamente la messa in atto di strategie in materia di organizzazione dei servizi, di reti assistenziali, di appropriatezza nell'uso delle risorse.

Il federalismo costituisce oggi uno dei capisaldi su cui riformare il sistema ed una direttrice prioritaria lungo la quale plasmare e sviluppare i contenuti e le finalità del PSSR. Più precisamente la L. n. 42/2009 di delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'art. 119 della Costituzione, dispone il superamento graduale del criterio della spesa storica nei settori di competenza regionale, in particolare nella Sanità. In attuazione della stessa L. n. 42/2009, il Consiglio dei Ministri ha recentemente approvato il Decreto Legislativo che norma il passaggio ad un sistema di finanziamento sulla base dei costi standard dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP, ossia LEA nel settore sanitario), vale a dire quelli che sono i costi "teorici" efficienti rispetto all'utilizzo dei fattori produttivi ed alla struttura demografica della popolazione. Nel nuovo sistema verranno distinti gli elementi oggettivi e strutturali che definiscono il costo di un bene o di un servizio in condizioni ottimali di efficienza dalle spese dovute

ad inefficienze organizzative ed operative (vale a dire la differenza di spesa rispetto al costo standard).

Ciò non di meno, va evidenziato che una parziale differenza nei costi dei servizi sanitari tra i Sistemi Sanitari delle singole Regioni può dipendere anche dalla diversità delle realtà economico-sociali, dalla diversa struttura della spesa sanitaria totale in termini di spesa pubblica e spesa privata, da specifiche differenze storico-culturali. Non va poi trascurato il fatto che le Regioni di maggiori dimensioni (sia in termini di superficie che di popolazione residente) hanno la possibilità di ottenere economie di scala, più difficilmente conseguibili dalle Regioni più piccole o meno abitate, o da quelle che presentano nel proprio territorio aree montane più o meno vaste.

Una volta determinati i costi standard nazionali, corrispondenti ad ogni tipologia di bene o prestazione, e superato definitivamente il criterio della spesa storica, tutte le spese dovute ad inefficienze non saranno più coperte dalla solidarietà interregionale. L'obiettivo è di migliorare progressivamente equità e qualità del sistema nel rispetto del vincolo delle risorse programmate, ampliandone l'efficienza in rapporto alle esigenze concrete, senza pregiudicare qualità e quantità delle prestazioni. Anzi, l'introduzione del costo standard, quale parametro per calcolare il fabbisogno sanitario, permetterà di eliminare sprechi e distorsioni, rendendo più uniformi i Sistemi Sanitari regionali ed aumentando la responsabilizzazione finanziaria ed amministrativa dei vari livelli di governo. La sua costruzione e la sua successiva applicazione pongono alcune questioni operative. Innanzitutto sarà necessario definire un quadro normativo che fissi con precisione i LEP e preconstituisca adeguati strumenti di *governance*. In secondo luogo occorrerà gestire con grande equilibrio la fase di transizione dal criterio della spesa storica a quello del costo standard. In terzo luogo sarà indispensabile adottare uno strumento di approccio dinamico per una ricerca continua del miglioramento di costi e prestazioni.

Il passaggio al federalismo fiscale comporta, pertanto, l'introduzione di elementi di forte capacità innovativa all'interno dei Servizi sanitari regionali, pur in un quadro nazionale unitario e con linee di indirizzo e programmazione condivise tra Stato e Regioni.

In ambito veneto l'orientamento è di costruire un processo di definizione ed applicazione dei costi standard in maniera contestualizzata, considerando come parametri di riferimento le migliori *performance* conseguite nelle Aziende Sanitarie nel rapporto costi-benefici, tenuto conto delle caratteristiche demografiche e morfologiche dei loro territori. In questa direzione si colloca la determinazione degli obiettivi di qualità ed economicità che le Direzioni Strategiche delle Aziende Sanitarie saranno tenute a perseguire nel biennio 2011-2012. Tali obiettivi verranno identificati mediante modelli di *benchmarking* in via di elaborazione, e saranno parametrati sulle *performance* delle Aziende più efficienti dal punto di vista gestionale ed economico. Detta sperimentazione è suffragata da tre elementi di fondo:

- la credibilità degli standard in quanto livelli conseguibili ed aderenti alla genesi e alla filosofia del modello socio-sanitario veneto;
- la sistematizzazione del miglioramento derivante da un graduale assestamento del sistema sui livelli di *performance* ottimali, riducendo le differenze tra le varie Aziende Sanitarie;

- la valorizzazione delle esperienze attuate nei diversi contesti aziendali.

La costruzione ed applicazione di un siffatto modello richiede però il consolidamento di uno strumento di monitoraggio del sistema a supporto dell'azione di governo.

Allo stesso modo si rende necessario avviare un percorso per la definizione di costi standard anche nell'ambito socio-sanitario.

1.2 QUESTIONE PRELIMINARE: DETERMINAZIONE DEI NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Il diritto alla salute potrà essere veramente garantito solo se si darà effettiva attuazione all'erogazione delle prestazioni previste dai LEA, ai percorsi assistenziali, all'equità nell'accesso ai servizi. La L. n.833/1978 ha espresso un modello di sistema sanitario universalistico che ha superato sia la frammentazione del sistema mutualistico, sia quella dell'apparato centrale e periferico. I principi di fondo del sistema sono: la responsabilità pubblica della tutela della salute, l'equità di accesso ai servizi sanitari, la globalità di copertura in base alle necessità assistenziali di ciascuno, il finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale. Tale concezione di equità, democrazia e trasparenza del sistema sanitario pubblico, come possibilità di pari opportunità, accesso e fruizione di interventi, e con standard di prestazioni garantite in modo omogeneo superando eventuali divari storicamente esistenti, va applicata anche nel contesto veneto. I LEA dovranno, dunque, essere declinati in un contesto programmatico che valuti la qualità delle prestazioni, l'appropriatezza del *setting* assistenziale e dei tempi di erogazione rispetto alla tipologia del bisogno, con un costante monitoraggio finalizzato ad individuare il grado di copertura della domanda e l'efficacia delle cure.

La rideterminazione dei LEA nazionali dovrà essere accompagnata dalla definizione di indicatori che consentano un costante monitoraggio del *work in progress*, promuovendo, dove necessario, le azioni correttive e migliorative per superare disuguaglianze ed iniquità.

Il sistema di governo regionale sarà, dunque, impostato anche su questi indicatori, e dovrà stabilire meccanismi premiali e sanzionatori ai fini del rispetto non solo degli obiettivi economico-finanziari, ma anche delle attività da garantire al cittadino secondo standard di quantità e qualità. In ogni caso l'obiettivo di garantire i LEA in modo uniforme su tutto il territorio regionale viene ad essere strettamente correlato con la ricerca dell'appropriatezza e con la flessibilità nei modelli organizzativi, al fine di assicurare risposte adeguate, sia in termini qualitativi che quantitativi, ai bisogni diversi dei territori.

Rappresenta, altresì, una caratterizzazione del SSSR veneto la garanzia di prestazioni aggiuntive ad integrazione dei LEA nazionali, che vengono dunque a configurarsi come un valore aggiunto garantito nel territorio veneto.

1.3 SCENARIO SOCIO-DEMOGRAFICO E EPIDEMIOLOGICO

1.3.1 Scenario socio-demografico

Il Veneto ha circa 4.900.000 abitanti, il 51% di sesso femminile, un'età media per gli uomini di 41 anni e per le donne di 44, un dato demografico di 10 nati ogni mille abitanti (il 30% di nazionalità straniera). Il saldo naturale è positivo e pari a 3.837 nel 2008, dovuto proprio alla presenza di altre etnie, ed è in termini di popolazione la quinta regione italiana dopo Lombardia, Campania, Lazio e Sicilia, con un incremento demografico complessivo, registrato nell'ultimo decennio, pari al +9%.

La distribuzione della popolazione si presenta molto eterogenea: più della metà dei Comuni annovera meno di 5 mila abitanti, prevalentemente nelle aree montane e nel Polesine, e solo un quinto ne ha più di 10 mila.

La popolazione si concentra soprattutto in un'area metropolitana compresa fra le 5 province di Padova, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza, ciascuna delle quali presenta una popolazione tra gli 800.000 e i 900.000 abitanti; mentre le altre due province di Rovigo e Belluno si attestano attorno ai 200.000 abitanti.

Caratteristica principale della popolazione veneta è l'invecchiamento, in coerenza con la situazione nazionale, per l'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'allungamento della vita media. La speranza di vita alla nascita, secondo i dati del 2008, è di poco più di 79 anni per gli uomini e di poco più di 85 anni per le donne (contro i 73 e i quasi 81 anni rispettivamente nel 1990). La speranza di vita a 75 anni è pari a 11,1 per gli uomini ed a 13,8 per le donne, e nell'ultimo quinquennio è cresciuta di quasi un anno, seppure gli anni di vita vissuti in più non siano sempre in condizioni di buona salute.

La struttura demografica regionale si caratterizza, pertanto, per una forte componente di anziani, in costante aumento negli ultimi 15 anni relativamente a tutte le fasce di età, ma con un incremento più consistente per la classe degli ultra 85enni. Si restringe invece la quota di adulti in età lavorativa e sono pochi i giovani a rappresentare il ricambio generazionale. La dimostrazione di questo fenomeno emerge da un'analisi della curva ascensionale che privilegia la terza età: nel 2009 i soggetti con età uguale o superiore ai 65 anni erano 960.577, pari al 20% della popolazione veneta (41% uomini e 59% donne), anche se considerare anziane le persone con più di 65 anni può essere in parte fuorviante dal punto di vista sociale, economico e socio-sanitario.

La componente anziana, più spesso in condizioni di "fragilità" e più esposta al rischio di patologie croniche, quella cioè costretta a ricorrere maggiormente ai servizi socio-sanitari, si colloca nella fascia degli ultra 75enni, che rappresenta il 9,4% della popolazione residente (valore di poco inferiore a quello dell'intero Paese).

Per contro, gli adulti in età lavorativa rappresentano il 66% della popolazione, e i giovani sotto i 15 anni il 14%: l'indice di dipendenza strutturale (numero di individui in

età non lavorativa ogni 100 in età potenzialmente lavorativa) risulta così pari al 51% (con una proporzione dunque di un soggetto non in età lavorativa ogni due in età lavorativa). L'indice di vecchiaia (calcolato come rapporto tra il numero di anziani ultra 64enni e il numero dei minori di 15 anni) risulta pari a 139% (con una proporzione di sette anziani ogni cinque minori).

In questo contesto emergono differenze anche sostanziali all'interno dei territori delle singole Aziende ULSS. Infatti le Aziende ULSS che comprendono le aree geografiche del Polesine, della gronda lagunare e dell'area montana mostrano percentuali di anziani piuttosto elevate (22-25%) rispetto al totale della popolazione, mentre nelle Aziende ULSS, appartenenti ad aree centrali a forte vocazione industriale, due terzi della popolazione risultano in età attiva e la quota di anziani supera solo di poco quella dei giovani.

L'invecchiamento della popolazione, la propensione dei giovani a rimandare la separazione dalla famiglia d'origine e l'instabilità coniugale incidono sull'assetto della struttura familiare. Nel Veneto aumenta il numero delle persone che vivono sole e delle coppie senza figli.

Nel 2008 il numero medio di componenti per famiglia era di 2,5 a fronte dei 3,3 di trent'anni fa; oltre una famiglia su quattro era costituita da una sola persona (in quasi metà dei casi il componente aveva più di 64 anni); il 60% dei nuclei familiari aveva almeno un figlio; il 33% era senza figli; le famiglie allargate non superavano il 5,5%; il 61% degli uomini e il 48,3% delle donne di età compresa tra i 18 e i 34 anni viveva nelle famiglie di origine (con percentuali inferiori a quelle del resto d'Italia, ma ben superiori alla media europea).

Gli stranieri residenti nel Veneto all'inizio del 2009 erano circa 454.000 pari al 9,3% del totale degli abitanti (con una componente femminile, fra l'altro in crescita, pari al 49%, una quota del 13% di minori che è la più elevata in Italia, ed una presenza marcata nel Veneto centrale più industrializzato ed a maggiore densità abitativa), ma si prevede che nel 2020 raggiungeranno quota 800 mila, ossia oltre il 15% del complesso della popolazione.

Una realtà, dunque, consolidata, stanziale e in espansione, che ha sortito come effetto sull'andamento demografico del Veneto il calo dell'età media e l'innalzamento del tasso di natalità, visto che i figli degli immigrati nati in questa Regione rappresentano il 30% delle nascite totali.

Con riferimento ai paesi d'origine, maggiormente rappresentate sono, nell'ordine, le provenienze dalla Romania (18,7%), dal Marocco (11,1%), dall'Albania (8,3%), dalla Moldavia (5,3%).

Come visto, l'analisi demografica evidenzia alcune macrospecificità che costituiscono un orizzonte di riferimento strategico per una programmazione che sia davvero mirata, e che si possono così ribadire:

- progressivo invecchiamento della popolazione con aumento della quota di grandi anziani soli, in prevalenza donne;

- disomogeneità distributiva della popolazione anziana concentrata nelle aree montane, polesane e lagunari, in Comuni per lo più di piccole dimensioni e connotati da bassa densità abitativa, fatta eccezione per i grandi capoluoghi di provincia che alla elevata densità abitativa associano una altrettanto elevata quota di anziani;
- ripresa della natalità prevalentemente ascrivibile alla popolazione straniera e, in parte minore, all'aumento della fertilità nella popolazione autoctona;
- crescita della popolazione immigrata e sua diversa distribuzione (anche per paese di provenienza) nel territorio regionale con maggiori presenze nelle aree centrali più segnate dall'industrializzazione;
- famiglia profondamente mutata rispetto al passato, con un minor numero di componenti, una significativa quota di nuclei formati da un solo componente anziano, ed una elevata percentuale di giovani tra i 18 e i 34 anni che vivono nell'abitazione dei genitori.

Tali trasformazioni produrranno un impatto rilevante nel prossimo futuro. La famiglia, sostenuta da specifiche azioni regionali, diventerà sempre più la vera risorsa del sistema anche se avrà seri limiti nell'assistenza al paziente cronico, come dimostra la previsione del *caregiver ratio* (rapporto tra il numero di anziani ultra 80enni ed il numero di donne fra 50 e 64 anni che rappresentano convenzionalmente i familiari che prestano l'assistenza). Nel Veneto, infatti, questo rapporto è destinato a ridursi dal valore attuale di 1,5 (quasi due *caregiver* familiari ogni tre ultra 80enni) a un valore stimato per il 2025 di 0,7 (poco più di mezzo *caregiver* ogni anziano). Inoltre, in base agli odierni modelli di vita e di lavoro, neppure la coabitazione potrà garantire la possibilità di prendersi cura dei soggetti deboli della famiglia in termini di tempo, dedizione e prestazioni, per cui si dovrà ancora di più fare ricorso a varie forme di sostegno esterno.

1.3.2 Scenario epidemiologico e bisogni di salute

Mortalità generale e per causa

I profili di mortalità generale mostrano valori inferiori al dato nazionale, il trend è in costante decremento, in particolare per le malattie cardiovascolari. La mortalità infantile è bassa, registrando una caduta dei tassi di mortalità specifici, sia neonatale precoce (1,7‰ nati vivi), che tardiva (0,6‰ nati vivi), più accentuata per quanto attiene la quota più precoce di mortalità, giunta ormai ai livelli più bassi presenti in Europa, ma associata ad una persistente disomogeneità territoriale e ad un calo assai più contenuto della natimortalità (2,9‰ nati). La riduzione della mortalità neonatale è ascrivibile ad una elevata sopravvivenza dei neonati di bassissima età (dalle 28 alle 22 settimane), il cui trattamento richiede una considerevole disponibilità di risorse di assistenza intensiva neonatale.

Il quadro complessivo è, dunque, assolutamente confortante.

Nel 2008 i decessi tra i residenti sono stati 44.069, con un tasso grezzo di mortalità del 9‰ negli uomini e del 9,2‰ nelle donne. Il tasso standardizzato di mortalità negli

ultimi 14 anni (1995-2008) per gli uomini si riduce del 25% e per le donne del 21%, con una netta diminuzione complessiva in tutte le fasce di età, soprattutto in quelle giovanili e adulte.

La mortalità per tutte le cause non risulta omogeneamente distribuita sul territorio regionale. È più elevata rispetto alla media regionale sia tra gli uomini che tra le donne nelle Aziende ULSS di Feltre, dell'Alto Vicentino e di San Donà di Piave; solo per gli uomini nell'Azienda ULSS di Chioggia, e solo per le donne nelle Aziende ULSS Veneziana, di Rovigo, di Adria. Le principali cause di morte sono i tumori e le malattie del sistema circolatorio con diversi tassi in base al genere:

- negli uomini al primo posto sono i tumori (causa del 37% dei decessi) seguiti dalle malattie del sistema circolatorio (33%), dalle malattie dell'apparato respiratorio (7%) e da traumatismi ed avvelenamenti (5%);
- nelle donne al primo posto sono le malattie del sistema circolatorio (causa del 41% dei decessi), quindi tumori (27%), malattie respiratorie (6%) e disturbi psichici (5%).

Questi valori crescono con l'aumentare dell'età.

In netto calo, invece, la mortalità per cardiopatie ischemiche: nel 2008 il tasso era pari al 1,3‰ negli uomini e al 1,4‰ nelle donne, con valori superiori alla media regionale per entrambi i generi nelle Aziende ULSS di Rovigo e di Adria, solo per gli uomini nelle Aziende dell'Alto Vicentino e Chioggia, e solo per le donne nelle Aziende ULSS Veneziana ed Este. Anche la mortalità per malattie cerebrovascolari ha registrato un calo molto marcato, riducendosi dal 1995 al 2008 di oltre il 40% in entrambi i generi, con un tasso di 0,6‰ negli uomini e di 0,9‰ nelle donne.

Il tasso di mortalità per tumori nel 2008 era pari al 3,3‰ negli uomini e al 2,5‰ nelle donne. Il tasso standardizzato diretto di mortalità per tumori è complessivamente in diminuzione, anche se in misura minore rispetto alle malattie del sistema circolatorio. Il dato della mortalità per tumore nelle donne del Veneto è sovrapponibile all'andamento nazionale, mentre quello maschile mostra un calo più accentuato rispetto al resto dell'Italia. Il numero assoluto di decessi per tumore è, invece, in graduale aumento in entrambi i generi. La causa è duplice: l'incremento numerico della popolazione ed il graduale invecchiamento.

La distribuzione della mortalità per tumori, come del resto per altre patologie, all'interno del Veneto, non è omogenea: livelli più elevati rispetto alla media regionale si riscontrano per entrambi i generi nell'Azienda ULSS di Feltre, solo negli uomini nell'Azienda ULSS di San Donà di Piave e solo nelle donne nell'Azienda ULSS Veneziana.

Il tasso di mortalità per malattie respiratorie nell'anno 2008 è risultato negli uomini di 0,6‰ e nelle donne di 0,5‰ con un netto calo dal 1995 al 2008.

Gli incidenti stradali sono tra le principali cause di morte prematura nella popolazione veneta. Nel 2008 gli incidenti stradali hanno causato 370 decessi tra gli uomini e 111 decessi tra le donne, anche se, dal 1995 al 2008, il numero di decessi e il tasso standardizzato diretto di mortalità si sono sostanzialmente dimezzati. I valori più elevati si registrano per la componente maschile nelle Aziende ULSS di Feltre e Chioggia, per la componente femminile nelle Aziende ULSS di Este e di Rovigo.

Nel 2008 i decessi per suicidio sono stati 249 tra gli uomini e 79 tra le donne con un andamento sostanzialmente stazionario. Il tasso grezzo di mortalità è particolarmente elevato per gli uomini nell'Azienda ULSS di Belluno e, in misura minore, nelle Aziende ULSS di Asolo e di San Donà di Piave; per le donne i picchi si registrano nelle Aziende ULSS di Rovigo e di Adria.

Principali gruppi di malattie: occorrenza e ospedalizzazione

L'incidenza dei tumori aumenta progressivamente con l'età, per cui, se si tiene conto del progressivo invecchiamento della popolazione, il numero di nuovi casi è destinato a crescere. Sia pure solo limitatamente all'area coperta dal Registro Tumori, esistono notevoli differenze tra Aziende ULSS, con un'incidenza di neoplasie che raggiunge il picco nel feltrino relativamente ad entrambi i generi.

Nel corso degli anni '90 è cresciuta la sopravvivenza a 5 anni, in parte grazie a maggiori capacità di diagnosi precoce e di riscontro di tumori a decorso potenzialmente asintomatico (es. i tumori della prostata). L'aumento di incidenza e di sopravvivenza comporta una crescita della prevalenza della patologia (al 1 gennaio 2005 circa il 3% della popolazione del Veneto aveva avuto una diagnosi di tumore nei precedenti 15 anni), e questo comporta un maggiore carico sui servizi ospedalieri e territoriali, come: l'incremento delle prestazioni ambulatoriali per *screening*, l'approfondimento diagnostico ed il *follow up*, le terapie erogate in ospedale in regime di ricovero e sotto altre modalità, le forme di assistenza ai pazienti terminali (cure palliative, ecc.).

Per quanto riguarda gli *screening* oncologici, la situazione al 31 dicembre 2009 è la seguente:

- i programmi di *screening* del cervicocarcinoma (pap test triennale per le donne fra i 25 ed i 64 anni) sono attivi in tutte le Aziende ULSS, conseguendo una estensione effettiva (invitate/eleggibili) del 77,4% ed una adesione corretta pari al 54,5%;
- i programmi di *screening* mammografico (mammografia ogni due anni per le donne fra i 50 ed i 69 anni) sono attivi in tutte le Aziende ULSS, conseguendo una estensione effettiva (invitate/eleggibili) del 92% ed una adesione corretta pari al 68,6%;
- i programmi di *screening* dei tumori coloretali, mediante ricerca del sangue occulto nelle feci (uomini e donne fra i 50 ed i 69 anni, a cadenza biennale) sono attivi in tutte le Aziende ULSS, conseguendo una estensione effettiva (invitati/eleggibili) del 65,6% ed una adesione corretta pari al 67,1%.

L'infarto acuto del miocardio (IMA) costituisce una delle più frequenti emergenze mediche e richiede un'efficiente organizzazione sanitaria per garantire tempestivamente le cure più efficaci.

Nel 2009 si sono verificati quasi 6.500 episodi di infarto acuto del miocardio ospedalizzati fra i residenti nel Veneto. In circa il 60% dei casi si è trattato di infarto con sopraslivellamento del tratto ST, un evento rimasto stazionario fino al 2004 e in seguito diminuito sensibilmente. Questa tipologia di infarto è rara in età giovanile, mentre tra gli uomini risulta frequente a partire dai 45 anni, e nelle donne colpisce principalmente le età molto elevate (quasi il 70% dei casi in soggetti di età superiore ai 75 anni, mentre negli uomini questa proporzione è pari al 36%).

Il tasso grezzo di ricovero è superiore nella componente maschile rispetto alla femminile; il tasso standardizzato accentua le differenze confermando come l'IMA colpisca con frequenza nettamente superiore gli uomini; il tasso standardizzato diretto di ospedalizzazione nel Veneto documenta inoltre un sensibile calo, con notevoli differenze fra le Aziende ULSS.

Le malattie cerebrovascolari acute costituiscono un ambito estremamente rilevante per la loro diffusione e per le gravi conseguenze sullo stato di salute delle persone colpite. Negli ultimi anni le conoscenze sull'approccio terapeutico hanno visto un deciso cambiamento, con ripercussioni evidenti sugli aspetti organizzativi del modello assistenziale. Nel 2009 si sono verificati oltre 9.000 eventi di ictus ospedalizzati nei residenti nel Veneto, con una sensibile riduzione rispetto al passato, fatta eccezione per l'ictus di tipo emorragico in lieve aumento. Nel 78% circa dei casi si è trattato di ictus ischemico, nel 17% di emorragia cerebrale e nel 5% di emorragia subaracnoidea. Il tasso grezzo di ricovero per ictus, in lieve calo in entrambi i generi, aumenta in modo importante con il crescere dell'età.

Lo scompenso cardiaco è una condizione morbosa estremamente diffusa nella popolazione veneta e, dopo il parto, costituisce la seconda causa di ricovero ospedaliero. Ha pertanto un notevole impatto sullo stato di salute della popolazione e pesa considerevolmente sul sistema sanitario.

Nel corso del 2009 i ricoveri ospedalieri riconducibili allo scompenso cardiaco sono stati 22.906, di cui 10.950 negli uomini e 11.956 nelle donne, con un tasso grezzo di ospedalizzazione pari al 4,7‰, pressoché analogo nei due generi, ma con una variabilità piuttosto spiccata tra le Aziende ULSS.

La distribuzione per fasce di età evidenzia come lo scompenso cardiaco sia tipico degli anziani, con una tendenza ad un graduale e significativo aumento nel numero di ricoveri ed al contempo con differenze sostanziali nelle diverse fasce di età: il tasso di ospedalizzazione è in netto incremento negli uomini ultra 85enni, mentre per le donne all'aumento registrato fino al 2005 è seguita una fase di relativa stazionarietà. Per il prossimo futuro, la costante espansione numerica della popolazione molto anziana fa prevedere un ulteriore rilevante incremento dei ricoveri.

Le broncopneumopatie croniche ostruttive (BPCO) rappresentano una causa rilevante di mortalità ed ospedalizzazione, soprattutto nella popolazione anziana. Assieme all'asma sono la causa del 2,8% dei decessi dei residenti in Veneto, con un tasso grezzo di mortalità pari al 29 per 100.000 negli uomini ed al 21 per 100.000 nelle donne. I decessi si concentrano in pazienti ultra 75enni, registrando un tasso di mortalità negli uomini pari a circa il doppio di quello delle donne. Dal punto di vista dell'ospedalizzazione dei residenti in Veneto, si sono registrati nel 2009 quasi 6.400 ricoveri con diagnosi principale di BPCO od asma (20.000 considerando tutte le posizioni diagnostiche), dei quali circa l'80% ha riguardato persone con almeno 65 anni.

Le malattie allergiche sono in costante aumento in tutto il mondo industrializzato, raggiungendo una significativa frequenza. Ad esempio nel Veneto la rinite allergica raggiunge una prevalenza di circa il 25% interessando oltre un milione di residenti, mentre l'attuale prevalenza dell'asma risulta circa del 4%. Inoltre si segnala una crescita di altre patologie immuno-allergiche clinicamente più gravi, a potenziale esito fatale, come le allergie a farmaci, ad imenotteri e ad alimenti.

Il diabete mellito negli ultimi anni si è contraddistinto per il crescente impatto sullo stato di salute della popolazione e sulla domanda di assistenza sanitaria.

Nel 2009 si registravano relativamente a questa patologia oltre 193.000 esenzioni ticket tra i residenti (corrispondente al 4% della popolazione rispetto al 3,7% del 2007), con un incremento di circa il 10% in un biennio: la crescita riguarda tutte le Aziende ULSS, evidenziando un incremento maggiore in termini assoluti nell'Azienda ULSS di Treviso (+1.790 esenzioni) e in termini relativi nell'Azienda ULSS di Bassano (+17%).

Le prescrizioni di farmaci antidiabetici, disponibili per quasi tutte le Aziende ULSS venete, hanno interessato nel 2008 il 3,1% della popolazione, con valori più bassi nell'Azienda ULSS di Feltre e più elevati nelle Aziende ULSS di Mirano, di Este e di Legnago. Il numero di pazienti che nel 2008 ha iniziato un trattamento con farmaci ipoglicemizzanti è stato di circa il 5% della popolazione regionale, registrando valori inferiori nell'Azienda ULSS di Feltre.

Le malattie infettive sono monitorate anche mediante diversi sistemi di sorveglianza speciale attivati nel Veneto in aggiunta alle notifiche nazionali. L'integrazione dei dati del Registro regionale HIV con il Registro nazionale AIDS consente di stimare circa 12.400 casi prevalenti di infezione da HIV nel Veneto, con una incidenza stabilizzatasi intorno ai 350 nuovi casi all'anno nel periodo 2002-2008. Nell'anno 2009 si è registrato un ulteriore calo delle notifiche (circa 230 casi), di cui quasi il 40% attribuibili a comportamenti a rischio eterosessuali. Il 70% dei casi è ascrivibile alla componente maschile, il 22% riguarda persone straniere, l'età media complessivamente si è alzata raggiungendo i 38 anni.

I nuovi casi di AIDS sono diminuiti in modo sensibile a partire dal 1996. Nel quinquennio 2004-2008 sono risultati circa 70 all'anno, mentre nel 2009 sono stati riportati 52 casi. Il tempo di sopravvivenza dei soggetti affetti da tale malattia si è allungato soprattutto dopo l'introduzione della terapia antiretrovirale, con una conseguente significativa riduzione dei decessi.

Il numero di nuovi casi di TBC si è attestato nel quinquennio 2004-2008 tra i 500 ed i 550, mentre nel 2009 i casi notificati sono stati circa 420 ed il tasso di incidenza è sceso a 8,6 casi ogni 100.000 abitanti. Tra gli stranieri si è osservato un incremento nella fascia d'età 45-64 anni ed una diminuzione nella fascia 25-34 anni, mentre nella popolazione autoctona aumentano i casi con oltre 65 anni di età.

Il picco dell'epidemia da virus A/H1N1 si è registrato durante la 46-47° settimana del 2009, in modo pronunciato in età pediatrica (sotto i 15 anni l'incidenza ha raggiunto i 400 casi per 10.000 assistiti). Durante la campagna antinfluenzale sono state somministrate oltre 88.000 dosi di vaccino pandemico, di cui circa 84.500 a persone

appartenenti alle categorie a rischio (79.490 prime dosi): la copertura della popolazione eleggibile alla vaccinazione antinfluenzale per il ceppo pandemico è risultata del 4%, più elevata tra il personale sanitario e socio-sanitario e le persone con patologie di età inferiore ai 65 anni.

Per quanto riguarda l'influenza stagionale, durante la stagione 2009-2010 sono state vaccinate 979.833 persone (+5% rispetto alla stagione precedente). La copertura tra i soggetti ultra 65enni è risultata del 70%, con un lieve incremento rispetto all'anno precedente, e un'ampia variabilità tra le Aziende ULSS (*range* di copertura 61-82%). È invece cresciuta la quota di soggetti sotto i 65 anni vaccinati in quanto portatori di patologie a rischio di complicanze (+13% rispetto alla stagione 2008-2009).

Per quanto concerne le vaccinazioni in età pediatrica di cui, come noto, è stato sospeso l'obbligo vaccinale nella Regione Veneto, il 94,3% dei nati nel secondo semestre 2009 aveva ricevuto la prima dose di vaccino esavalente, con una copertura per tetano, difterite, pertosse, polio, epatite B ed Hib attorno al 95%. Sono dati solo in lievissimo calo rispetto alla coorte precedente, probabilmente perché l'attività vaccinale in alcune aree non si era ancora conclusa al momento della registrazione. Tra le altre vaccinazioni, sempre per i nati del secondo semestre 2009, la campagna contro il pneumococco 7valente raggiunge una copertura del 93,1%. Per la coorte dei nati nel secondo semestre 2008 la copertura contro il meningococco C si attesta al 90,7%, quella contro il morbillo all'82,2% e quella contro la varicella al 77,9%. In crescita risulta poi l'utilizzo del vaccino quadrivalente morbillo-parotite-rosolia-varicella (MPRV).

Infine, risultano elevati i tassi di copertura vaccinale anti-HPV per le ragazze nate nel periodo 1996-1998: per le bambine nate nell'anno 1996 la copertura vaccinale raggiunge quasi l'82%, per quelle del 1997 è pari al 79,4% e ha superato il 64% per le bambine nate nel 1998.

La tutela della salute mentale è una delle aree più complesse, che richiede dal punto di vista assistenziale una stretta integrazione socio-sanitaria.

Nel 2009 gli utenti psichiatrici assistiti negli ospedali (17% dei casi) o nei servizi territoriali (83% dei casi) erano 69.810, corrispondenti al 17,2‰ residenti (di cui il 58% sono donne), prevalentemente di età compresa fra i 40-50 anni, con una distribuzione territoriale molto variabile, con valori più elevati nelle Aziende ULSS di Rovigo, di Adria, di Belluno, di Feltre, di Bassano.

Oltre la metà degli utenti dimessi dall'ospedale (56%) risulta in contatto con le strutture psichiatriche territoriali nell'anno di dimissione. Il restante 44% è costituito per la maggior parte da pazienti dimessi da reparti non psichiatrici ed affetti prevalentemente da disturbi non psicotici, in particolare da demenze.

Nel Veneto operano 348 strutture territoriali psichiatriche, il 71% delle quali gestite direttamente dalle Aziende ULSS. Il 53% sono di tipo residenziale, il 30% semiresidenziale e il restante 17% ambulatoriale. La gestione di queste ultime è per la quasi totalità pubblica, mentre la presenza del privato convenzionato si concentra sulle strutture residenziali (37%) e semiresidenziali (31%). I posti sul territorio sono 3.202, equamente distribuiti tra residenziali e semiresidenziali, con maggiore disponibilità nei centri diurni (40%), nelle Comunità Terapeutica Residenziale Protetta (19%) e nelle Comunità Alloggio (15%).

Nel 2009 sono state erogate circa 1.400.000 prestazioni (escluse le giornate di presenza nelle strutture residenziali o semiresidenziali), più della metà da parte dei Centri di Salute Mentale. Gli utenti ospitati in strutture semi-residenziali sono 3.500 (pari al 5,3% degli utenti dei servizi territoriali), per un complessivo di 201.700 giornate di presenza.

Gli utenti delle strutture residenziali sono 931, ognuno ospitato in media per 215 giorni. Le patologie più frequenti per chi accede ai servizi territoriali sono: schizofrenia (23%), depressione senza sintomi psicotici (18%), sindromi nevrotiche e somatoformi (18%), psicosi affettive (16%).

Le dimissioni dall'ospedale per i pazienti di età superiore a 17 anni (residenti o non residenti nel Veneto) con diagnosi principale di disturbo psichico rappresentano il 2,7% del totale. Nel 2009 si sono registrate 19.481 dimissioni e circa 371.000 giornate di degenza per disturbi psichici, circa metà di questi (52%) nelle strutture pubbliche. Il numero delle giornate di degenza è più o meno simile nelle strutture pubbliche e in quelle private, ma in queste ultime i ricoveri sono circa la metà con una degenza media doppia rispetto agli ospedali pubblici (32,9 giorni contro 14,6), in parte per il fatto che i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura trattano prevalentemente casi acuti, mentre le strutture private operano soprattutto sul versante della lungodegenza e della riabilitazione. Le patologie più frequenti di chi accede ai servizi psichiatrici ospedalieri sono: psicosi affettive, schizofrenie, disturbi della personalità e del comportamento, demenze. Il tasso di ospedalizzazione per disturbi psichici è di 4,2‰ residenti e presenta una certa variabilità in base all'età della popolazione ed all'offerta assistenziale.

Di particolare rilievo sono i bisogni legati agli esordi in adolescenza delle problematiche psicopatologiche e le necessità assistenziali, di cura e di riabilitazione dei bambini e degli adolescenti (circa 1.800 con autismo e disturbi generalizzati dello sviluppo).

La cronicità

Trend demografici ed epidemiologici, trattamenti sanitari, evoluzione degli stili di vita producono come risultato un progressivo aumento della cronicità e del numero di pazienti da curare. Le stime di prevalenza oggi disponibili sulle varie forme di cronicità nella popolazione veneta non sono sufficientemente puntuali, in quanto scontano criticità legate alla qualità degli archivi utilizzabili, anche se restano un utile valore aggiunto ai fini di prefigurare l'offerta di servizi sanitari per i prossimi anni.

Per una stima attendibile si è utilizzato in primis l'archivio delle esenzioni, in essere al 31 dicembre 2009, per patologie croniche ed invalidanti nonché per malattie rare, in quanto costituisce l'unica fonte alimentata da un flusso informativo della Regione Veneto, cioè dall'anagrafe del *Datawarehouse* Sanità.

Nel 2009 in Veneto si sono registrate 2.309.095 esenzioni corrispondenti a 1.383.626 persone esenti, dovute, in ordine di frequenza, ad ipertensione arteriosa, affezioni del sistema circolatorio, malattie cardiache e del circolo polmonare, neoplasie e diabete mellito. La situazione rivela una notevole variabilità tra le Aziende ULSS.

L'uso del solo archivio delle esenzioni non consente, comunque, di individuare tutti i soggetti portatori di cronicità in quanto la cronicità potrebbe non essere evidenziata in caso di esenzioni per altre ragioni (es. il reddito). Assolutamente necessario, dunque, integrare tali dati con quelli provenienti da altri archivi, in particolare le schede di dimissione ospedaliera e della farmaceutica territoriale.

Sulla scorta dei dati desumibili dalla rete *Health Search*, che aggrega a livello nazionale più di 800 medici di famiglia “sentinella”, nel Veneto oggi vivono circa 1.000.000 di ipertesi, 300.000 diabetici, 230.000 asmatici, almeno 130.000 malati di broncopneumopatia cronico-ostruttiva, 180.000 cardiopatici ischemici cronici, 85.000 infartuati, 61.000 malati di scompenso cardiaco e 54.000 persone colpite da ictus cerebrale.

Le malattie rare

Ad oggi i malati rari seguiti nelle strutture regionali sono circa 20.000, di cui circa 16.200 residenti in Veneto. Nel contesto regionale le persone con malattia rara sono da 3 a 4 ogni 1.000 residenti, di cui il 30% riguarda patologie dell’età infantile ed evolutiva.

Le malattie rare contribuiscono a determinare circa due terzi dell’intera mortalità infantile e due volte quella attesa per la fascia di età pediatrica.

Il potenziale di vita che le malattie rare erodono risulta consistente, in confronto con altre cause tradizionalmente ritenute molto rilevanti. Gli anni di vita persi dovuti alle malattie rare nel loro complesso rappresentano infatti il 4,2% del totale degli anni di vita persi dalla popolazione veneta (rispetto all’1,2% per le malattie infettive, al 2,6% per il diabete mellito, al 5,7% per gli incidenti stradali).

Anche l’impatto sul SSSR è notevole, sia in termini di impegno di servizi e strutture, sia di costi veri e propri. Ad esempio, il tasso di ospedalizzazione annuo dei malati rari è di molto superiore a quello dei restanti residenti per tutte le classi d’età. In particolare il tasso in età pediatrica è di 315‰ abitanti rispetto al 75‰ atteso nella restante popolazione di pari età, con un eccesso di ricorso al ricovero ospedaliero di oltre il 400%. Un altro dato importante riguarda la spesa sostenuta a livello regionale per i trattamenti dei pazienti con malattia rara: solo per una parte di questi trattamenti, i farmaci orfani, si è registrato un raddoppio della spesa negli ultimi tre anni, passata da circa 50 milioni di euro a 100.

Le malattie professionali

La studio dell’andamento delle malattie professionali è tuttora molto difficile sia per la scarsità di dati disponibili, sia per la latenza temporale, talvolta di molti anni, tra esposizione e malattia. Questa latenza spesso rende incerta non solo l’individuazione temporale dell’esposizione determinante, ma anche quella dell’azienda o comparto produttivo in cui l’esposizione si è realizzata.

Si evidenzia, inoltre, che l’aumento o la diminuzione delle segnalazioni spesso non necessariamente riflette un peggioramento o un miglioramento della situazione, ma può dipendere da modifiche del quadro normativo o dal recupero di segnalazioni a seguito dell’avvio di campagne informative e di prevenzione.

Nel periodo 1991-2009 le malattie notificate agli SPISAL del Veneto si attestano mediamente sulle 2.000 unità all’anno. Dal 2003 è iniziata una fase discendente e nel 2009 le malattie professionali sono state 1.837 (leggermente superiori all’anno precedente). L’ipoacusia da rumore rappresenta ancora la patologia professionale maggiormente diffusa, nonostante nel 2009 il numero di malattie muscolo-scheletriche

denunciate abbiano superato il numero delle ipoacusie. Negli ultimi anni si è constatato un aumento delle segnalazioni di neoplasia professionale e di malattie da amianto, a seguito dello specifico progetto regionale di sorveglianza degli ex esposti ad amianto e CVM (cloruro di vinile monomero), che ha consentito di individuare casi mai denunciati.

Sempre nel 2009 i casi di mesotelioma denunciati agli SPISAL sono stati 85; le altre forme di neoplasia denunciate sono state 94.

Gli infortuni sul lavoro

Il numero totale di eventi riconosciuti dall'INAIL è in costante diminuzione; gli infortuni con prognosi superiore ai 30 giorni mostrano una diminuzione meno accentuata, mentre gli infortuni invalidanti sono in aumento. L'andamento dei mortali è fluttuante (trattandosi di piccoli numeri le oscillazioni casuali sono verosimilmente preponderanti).

Dal 2004 è attivo un osservatorio regionale sugli infortuni mortali. Lo studio dei casi, attraverso l'analisi delle inchieste infortunio effettuate dagli SPISAL, permette di mettere in luce le diverse dinamiche di accadimento offrendo importanti informazioni per indirizzare l'attività di vigilanza e gli interventi di informazione sulle misure di prevenzione da adottare.

L'andamento degli infortuni e degli addetti assicurati, seguendo il trend degli anni precedenti, è divergente: complessivamente negli anni 2000-2008 gli addetti sono aumentati del 18%, gli infortuni sono diminuiti del 26%.

Il numero degli infortuni indagati annualmente dagli SPISAL delle Aziende ULSS del Veneto si aggira intorno ai 2.200, di questi circa 50 l'anno sono mortali.

Si riscontra inoltre che:

- la lesione più diffusa è lo schiacciamento, in relazione alle modalità con cui avvengono più frequentemente gli infortuni mortali (es. caduta di gravi, ecc.). In edilizia sono prevalenti invece le fratture (per cadute dall'alto);
- il 79% degli incidenti è raggruppabile in cinque modalità di accadimento ossia caduta dall'alto di gravi (21%), veicolo che esce dal suo percorso (18%), caduta dall'alto dell'infortunato (18%), contatti con oggetti veicoli e mezzi (11%), contatto con organi lavoratori in movimento (11%).

È opportuno evidenziare anche che nel triennio 2006-2008 l'incidenza di tutti gli infortuni riconosciuti risulta più bassa nelle aziende unipersonali composte da singoli artigiani rispetto alle altre tipologie di dimensione di azienda (30,5‰ contro 34,5‰ addetti), mentre sia l'incidenza dei casi invalidanti (2,8‰ contro 1,4‰ addetti), sia l'incidenza dei casi mortali risulta circa doppia (0,1‰ contro 0,05‰ addetti). In particolare si evidenzia come l'edilizia rappresenti il comparto in cui la presenza di lavoratori autonomi è più rilevante.

1.3.3 Gli ambiti di priorità a livello di gruppi di popolazione

Alla programmazione spetta il compito di:

- individuare e monitorare i bisogni di salute della popolazione, evidenziando le priorità, analizzandone i profili per territori e per tipologie di popolazione;
- indicare ed attuare, partendo da queste basi di conoscenza e secondo criteri di equità di allocazione delle risorse, di accessibilità, di qualità, di appropriatezza e di sostenibilità, interventi assistenziali adeguati per le diverse fasi della vita, in relazione ai diversi problemi ed alle differenti aree geografiche.

Età pediatrica-adolescenziale

Gli interventi e l'organizzazione assistenziale disegnata dal presente PSSR interessano circa 830.000 minori (di età inferiore ai 18 anni) residenti nel Veneto, di cui oltre 47.000 nuovi nati per anno (nei 41 punti nascita della Regione), e 1.130.000 donne in età fertile, di cui circa 63.500 gravide per anno. Sono coinvolte circa 936.000 famiglie con figli, che rappresentano il 50% delle famiglie presenti in Veneto.

Il numero medio di figli per donna è passato, negli ultimi quindici anni, da 1,07 a 1,45 evidenziando un incremento di circa un terzo.

L'aumento della fertilità nel Veneto è legato a due fenomeni contemporanei e di grande interesse per quanto riguarda la correlazione con lo stato di salute della popolazione. Il primo è dato dall'incremento delle nascite derivanti da donne di età relativamente avanzata, cioè superiore ai 35 anni; il secondo è dato dall'incremento delle nascite da donne immigrate. Le madri di nazionalità straniera contribuiscono oggi al 29,7% di tutti i parti nella Regione.

L'età al parto si è spostata negli ultimi 10 anni di quasi un decennio, essendo oggi la moda statistica dell'età al parto posta intorno a 31 anni, con una quota rilevante di nascite da donne oltre i 35 anni e non trascurabile oltre i 40. Anche questo elemento ha ovviamente conseguenze rilevanti nella salute dei nati: l'età materna è uno dei più importanti determinanti la prematurità e, in generale, la salute del nato.

L'innalzamento dell'età al parto e l'aumento dei nati da donne straniere sottendono particolari richieste di salute, che riguardano sia gli aspetti delle patologie organiche (potenzialmente più frequenti nei nati da donne di età più avanzata), sia quelli delle patologie correlate a fattori di tipo psico-sociale.

L'effetto dell'età materna si combina con una generale maggiore difficoltà a generare ed a condurre la gestazione, derivandone maggiori richieste di assistenza, ricorso alla riproduzione assistita, alle indagini prenatali ed all'aumentato rischio di abortività spontanea. Tutto ciò rappresenta un carico di impegno aggiuntivo e sfide nuove per i servizi.

La distribuzione della popolazione per età sul territorio veneto mostra una certa variabilità: le province di Rovigo e Belluno insieme a Venezia si distinguono per il minore peso relativo di bambini (tra l'11% e il 13%) ed adolescenti (attorno al 3%). Al contrario, la provincia di Vicenza vanta la struttura più giovane d'età, registrando allo stesso tempo la maggiore percentuale di bambini ed adolescenti (15,3%) e la più bassa

percentuale di anziani (18,2%). Tra i minori, la fascia di bambini di età inferiore agli 11 anni è più numerosa delle età successive, in virtù della recente ripresa della natalità.

Nel Veneto sono presenti più 15.000 minori che si trovano in una condizione di disabilità grave o medio-grave, circa 12.000 minori con patologia cronica severa, circa 700 bambini con condizioni di inguaribilità e richiedenti cure palliative specialistiche. Circa nel 50% dei casi si riscontra un profilo di plurimenomazioni, circa nel 70% un deficit intellettivo di qualche entità, in quasi un terzo un deficit visivo associato e nel 20% disabilità psichica.

All'interno di tale gruppo di minori sono presenti dei sottogruppi con specificità di bisogni assistenziali. Ad esempio, i minori con patologia rara presentano un tasso di ospedalizzazione 4 volte il valore atteso e una mortalità doppia della generale. L'impatto nel SSSR che questo problema globalmente produce è quindi rilevante, come pure le conseguenze attuali e future sulla comunità veneta non sono certamente trascurabili.

Nel Veneto si possono, dunque, enucleare alcune evidenti linee di tendenza:

- lo spostamento del picco di fertilità nella classe di età materna 30-34 anni, con un progressivo incremento delle nascite per effetto di un aumento della fertilità, nonostante la diminuzione del numero delle donne fertili;
- l'incremento delle nascite da sottogruppi di popolazione immigrata, soprattutto nelle province di Vicenza, Treviso, Verona e Padova;
- l'abbassamento dell'età dei primi rapporti sessuali e la persistenza di una certa quota di gravidanze fra le *teenager*, almeno 400 per anno;
- l'aumento dell'offerta di test di diagnosi prenatale e la diffusione di procedure di diagnostica prenatale come amnio e villocentesi (circa il 20% delle gravidanze);
- l'effettuazione di ecografie morfologiche in età gestazionali superiori al limite della vitalità (20% oltre le 21 settimane, considerato il limite della vitalità fetale), con conseguente interruzione di gravidanze esitanti in nascite di nati vitali;
- l'intensificazione del numero di controlli (visite, ecografie, dosaggi ormonali e test ematochimici, ecc.) nel corso di gravidanze fisiologiche, l'aumento della frequenza di ricoveri in corso di gravidanza e del numero di gravidanze definite patologiche (17%), l'elevato tasso di parti cesarei (29%) malgrado il persistere di una quota stabile nel tempo di parti strumentali (4%);
- un consistente ricorso, anche a causa dell'avanzamento dell'età materna, alle indagini genetiche di tipo prenatale e postnatale, con una frammentazione dei Centri di genetica, cresciuti in assenza di pianificazione delle attività e delle risorse disponibili;
- una carente attività di comunicazione e consulenza genetica pre e post-test genetico.

Giovani-adulti

La pianificazione, in questa fascia di popolazione, come indicato anche dall'OMS, deve privilegiare innanzitutto gli interventi di prevenzione primaria e secondaria delle malattie ad elevata occorrenza nelle età avanzate, come le malattie cardiovascolari ed i tumori, considerato che, pure in base ai recenti risultati del sistema di sorveglianza regionale PASSI (anno 2009), il 21% della popolazione (di età compresa tra i 18-69

anni) dichiara di soffrire di ipertensione e il 26% di elevato livello di colesterolo nel sangue.

Risulta molto importante anche la prevenzione dei traumi da incidente stradale, nonostante il rilevante calo degli incidenti registrato negli ultimi anni. Si tratta di un fenomeno che per le sue conseguenze, mortalità e disabilità, ha un grosso impatto umano, sociale ed economico: il problema va affrontato con sistematiche strategie che richiedono un'integrazione tra sistema sanitario, azione politica e governo della società.

Il sistema PASSI evidenzia come l'uso del casco e delle cinture di sicurezza anteriori sia diffuso, mentre ancora molto limitato è l'impiego della cintura posteriore, e come guidare con livelli di alcol elevati nel sangue sia una pratica ancora troppo diffusa soprattutto tra gli uomini.

Scarsa risulta pure la percezione del rischio di infortunarsi nell'ambiente domestico.

La promozione di stili di vita corretti costituisce il perno degli interventi rivolti ai giovani. Sempre secondo il sistema PASSI il 24% degli intervistati (18-69 anni) beve in modo pericoloso per la salute, il fumo di sigaretta è molto diffuso tra i 18 e i 24 anni (33,5%), il 40% dei giovani è in sovrappeso, sono pochi coloro che consumano regolarmente frutta e verdura. Un quarto degli intervistati non svolge nessuna attività fisica. Solo il 29,5% della popolazione segue uno stile di vita fisicamente idoneo.

Anziani

La progressiva espansione della componente anziana, che nel 2010 rappresenta il 20% della popolazione veneta, e soprattutto il costante aumento dei grandi anziani ultra 85enni, per definizione "fragili", portatori di problemi di cronicità, con importanti ricadute sui servizi sanitari e sociali, comportano sfide sempre più impegnative per il SSSR.

Secondo i dati ISTAT¹ sulle famiglie, la quota di anziani ospitati nei presidi residenziali socio-assistenziali del Veneto è del 3%. Il 27% degli anziani (non ospitati in strutture socio-assistenziali) vivono soli: di questi il 62% ha compiuto 75 anni e l'80% sono donne.

I parenti rimangono il punto di riferimento dell'anziano che vive solo: il 90% degli intervistati dichiara di poter contare sull'aiuto di un familiare, magari coadiuvato dall'esterno, mentre il 4% non dispone di alcun tipo di sostegno. Il 7% degli anziani soli si avvale di assistenza domiciliare non sanitaria ed il 6% di assistenza a pagamento.

Nell'ultimo decennio nel Veneto si è registrato un calo costante della mortalità attribuibile a fattori di vario tipo, tra cui il miglioramento delle condizioni socio-economiche, una più accentuata tutela nei confronti di agenti nocivi, una maggiore attenzione allo stile di vita, il progresso delle cure mediche che ha modificato la prognosi quoad vitam e quoad valetudinem di numerose patologie.

Negli ultimi anni si è pure osservata un'elevata domanda assistenziale da parte della terza età in riferimento a malattie cronico-degenerative. Ogni anno dagli ospedali del Veneto vengono dimessi 350.000 pazienti anziani, pari al 42% della totalità delle

¹ Istat. Indagine Multiscopo sulle Famiglie - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari 2005.

dimissioni, numero che nel periodo 2000-2007 si è ridotto del 7,4%, in modo più sostenuto per i pazienti acuti (-10%) e in lungodegenza (-19%). In particolare si assiste a una flessione dei ricoveri nell'area "generalista" medica o chirurgica, una inversione di tendenza dovuta non solo al fatto che le prestazioni sono state spostate dal regime ospedaliero a quello ambulatoriale, ma anche ad un generale aumento dei ricoveri specialistici di tipo medico e chirurgico con l'eccezione della sola oculistica, in cui gli interventi sul cristallino oggi vengono effettuati in regime ambulatoriale.

Da considerare, inoltre, che, almeno fino ai 75 anni, i profili di cura per le principali patologie cronico-degenerative non differiscono da quelli della popolazione adulta. Si è avuto, ad esempio, un progressivo aumento di dimissioni di pazienti con problemi di cardiopatia ischemica dal reparto di cardiologia-utic ed un incremento dei trattamenti di rivascolarizzazione. Anche per le neoplasie, un gruppo di patologie molto diffuso in termini di morbosità fra gli anziani, si è verificato un sostanziale cambiamento delle strategie curative che oggi risultano sempre più simili a quelli della popolazione di età adulta anche per la maggiore attenzione a ridurre gli esiti invalidanti.

Restano, peraltro, ampi margini di miglioramento in termini di appropriatezza, accessibilità ai trattamenti ed uniformità di prestazioni nelle diverse Aziende ULSS per quanto concerne alcuni eventi morbosi molto frequenti nella popolazione anziana, come le fratture di femore e lo scompenso di cuore.

Medicina di Genere

Nella prospettiva di una sempre più importante necessità di personalizzare la medicina è necessario approfondire la dimensione della medicina di genere. La medicina di genere è una dimensione trasversale, interdisciplinare a tutte le specialità che vuole descrivere le differenze nella fisiologia, fisiopatologia, prevenzione e terapia delle malattie tra uomini e donna. Questa esigenza è tanto più sentita oggi poiché la ricerca scientifica di base e clinica in questi ultimi decenni ha ottenuto risultati prevalentemente nel genere maschile. I dati che guidano le azioni mediche all'inizio del terzo millennio nella cura delle donne sono troppo spesso traslati dai risultati di sperimentazioni condotte solo o prevalentemente sull'uomo.

La prima branca della medicina a muoversi in questo senso è stata la Cardiologia. L'infarto del miocardio è la prima causa di morte delle donne, e le patologie coronariche hanno sintomi, necessità diagnostiche e terapeutiche assai differenti nelle donne.

La mozione 1-00974 approvata alla Camera il 27 marzo 2012 impegna il Governo, tra l'altro, ad inserire tra gli obiettivi del piano sanitario nazionale la promozione e il sostegno alla medicina di genere, quale approccio interdisciplinare tra le diverse aree mediche al fine di delineare migliori criteri di erogazione del servizio sanitario che tengano conto delle differenze di genere.

È quindi necessario e urgente:

- stimolare la ricerca scientifica di base e clinica sulle differenze di genere, in tutte le specialità della medicina (anche i Comitati Etnici sono invitati ad accettare protocolli in cui venga rispettata tale dimensione);
- organizzare la sanità in modo tale che sia garantita l'equità e l'appropriatezza del trattamento a donne e uomini;

- programmare la formazione degli operatori sanitari nelle varie specialità della medicina declinate per genere;
- predisporre iniziative di prevenzione sostenute da periodiche campagne informative al fine di favorire una corretta informazione volta a migliorare le conoscenze riguardanti le diversità di genere in medicina;
- promuovere l'inserimento della medicina di genere nei programmi dei corsi di laurea in medicina e chirurgia e delle scuole di specializzazione al fine di favorire l'interdisciplinarietà nell'ottica di genere, anche attraverso master dedicati.

1.4 POTENZIALITÀ DELLE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

1.4.1 Le strutture ospedaliere

Nel Veneto i posti letto per i ricoveri ospedalieri non a pagamento, a carico del servizio sanitario, nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate risultano complessivamente 19.127 (dei quali l'11% in *day hospital*), corrispondenti al 3,9‰ abitanti. Le province in cui esiste il maggiore rapporto posti letto/abitanti sono Belluno, Rovigo, Verona e Padova. Le Aziende ULSS con i valori più elevati sono: Belluno (5‰), Padova (5,6‰ compresi i posti letto dell'Azienda Ospedaliera e dell'Istituto Oncologico Veneto), Verona (4,9‰ compresi i posti letto dell'Azienda Ospedaliera). Le Aziende ULSS con i valori più bassi sono: Alto Vicentino, Asolo, Mirano, Este.

I posti letto di riabilitazione e lungodegenza (sempre pubblici e privati accreditati) rappresentano il 14,8% del totale, corrispondenti allo 0,6‰ abitanti: le maggiori dotazioni si riscontrano nelle province di Belluno e di Rovigo, e a livello di Aziende ULSS a Feltre, Venezia, Rovigo e Bussolengo.

A livello regionale vi è una rete di 41 punti nascita uniformemente distribuiti tra le province del Veneto: il 68% dei parti avviene in punti nascita di grandi dimensioni (oltre i mille parti l'anno). Sono 4 le strutture con un numero di parti inferiore a 500 all'anno ed alcune di esse sono localizzate in area montana.

Esiste, altresì, il problema del sottodimensionamento dei posti letto rispetto all'incremento registrato nel numero delle nascite, soprattutto per le cure intensive neonatali.

Il ricorso all'ospedale

Il numero assoluto di pazienti dimessi dagli ospedali del Veneto è in progressiva diminuzione a partire dal 2001, con un calo del 17% nel periodo 2000-2009. Tale flessione è più marcata per i ricoveri ordinari per acuti (-20%), mentre i ricoveri in regime diurno per acuti sono cresciuti fino a raggiungere il picco nel 2003, per poi diminuire rapidamente negli anni successivi.

I ricoveri in lungodegenza e riabilitazione mostrano un trend altalenante, ma risultano complessivamente in riduzione i primi ed in crescita i secondi.

La durata della degenza media dei ricoveri ordinari per acuti è rimasta stabile, ma la forte riduzione dei ricoveri ha portato comunque ad una sensibile flessione del totale delle giornate di degenza (-21%).

Altri dati significativi:

- il numero medio di accessi in regime diurno è andato riducendosi a partire dal 2007 per la diminuzione dei ricoveri per chemioterapia;

- il numero di giornate di ricovero in lungodegenza mostra un trend in calo nonostante l'aumento della degenza media;
 - il totale delle giornate di ricovero in riabilitazione è cresciuto sensibilmente (+35%).
- La riduzione più drastica del numero di dimissioni negli ospedali veneti si è verificata nell'area della Medicina Generale, sebbene riduzioni consistenti si siano verificate anche nell'area Materno-Infantile, in Neurologia, Malattie Infettive, Chirurgia Generale, Ortopedia e Otorinolaringoiatria. Per alcune discipline come Oculistica ed Oncologia-Ematologia, il forte calo dei ricoveri è legato al passaggio di quote consistenti di attività al regime ambulatoriale. In controtendenza risulta, invece, l'aumento di ricoveri in Cardiologia, Chirurgia Plastica, Chirurgia Toracica e Gastroenterologia.

Per quanto riguarda la casistica ospedaliera (*case mix*), il DRG più rappresentato nel 2009 è stato quello del parto vaginale senza diagnosi complicanti, coprendo oltre il 6% di tutti i ricoveri, registrando un leggero incremento nel periodo 2000-2009. Ben più considerevole l'aumento dei tagli cesarei che nel 2009 hanno rappresentato il 29,6% del totale dei parti.

In crescita anche i DRG medici di insufficienza cardiaca, edema polmonare e insufficienza respiratoria; i DRG chirurgici di interventi su utero e annessi non per neoplasia maligna; il DRG 256, che risulta essere il più rappresentato in riabilitazione.

Si sono invece ridotti drasticamente i DRG medici per aritmie, esofagite e gastroenterite, e compaiono molto di meno i DRG per affezioni mediche del dorso, già drasticamente diminuiti nella prima metà del decennio.

Il passaggio al regime ambulatoriale ha rarefatto nel biennio 2008-2009 i ricoveri per interventi chirurgici di ernia inguinale e femorale, mentre altre tipologie di ricoveri per decompressione del tunnel carpale, legatura e stripping di vene, interventi sul cristallino, avevano già in precedenza subito una forte diminuzione.

Eclatante il caso dei ricoveri per chemioterapia, che costituivano il DRG più frequente nel periodo 2001-2006 (con un picco di 33.821 ricoveri nel 2006), assottigliandosi enormemente con l'introduzione del *day service*.

Tra i DRG più frequenti in regime ordinario per acuti si riscontrano alcuni ricoveri medici (insufficienza cardiaca, polmonite con o senza complicanze, ictus, insufficienza respiratoria, malattia polmonare cronica ostruttiva, insufficienza renale), alcuni ricoveri ortopedici (sostituzione di articolazioni maggiori, interventi su anca e femore).

Nel tempo si è, poi, andata riducendosi la durata della degenza per i più frequenti ricoveri ostetrico-ginecologici, e per alcuni ricoveri ortopedici e di chirurgia generale. La maggior parte dei ricoveri diurni è dovuta ad interventi ortopedici ed ostetrici, ma con un numero limitato di accessi.

Il tasso grezzo di ospedalizzazione (considerando al denominatore la popolazione del riparto) è diminuito nel periodo 2006-2009, passando da 174‰ a 154‰. I tassi di ricovero sono diminuiti sia nelle strutture regionali pubbliche sia in quelle private. I tassi standardizzati per Azienda ULSS di residenza non risultano, peraltro, omogenei. In particolare le Aziende ULSS di Chioggia, Adria, Verona, Legnago e Bussolengo registrano un tasso di ospedalizzazione superiore al 160‰; le Aziende ULSS Veneziana e del Veneto orientale si attestano sul 160‰. In ogni caso, in base ai dati 2009 del Ministero della Salute, il tasso standardizzato di ospedalizzazione per acuti nel Veneto risulta essere il più basso registrato a livello nazionale. In particolare il Veneto fa

registrare il più basso ricorso al ricovero ordinario insieme a Toscana e Piemonte, ed il più basso ricorso al ricovero in *day hospital* insieme al Friuli-Venezia Giulia.

Nel 2009 circa il 15% dell'ospedalizzazione dei residenti nel Veneto è stata erogata da strutture private della Regione, a fronte di un'offerta di posti letto privati pari al 10% dei posti letto totali.

La mobilità ospedaliera

Il numero assoluto di dimissioni di residenti fuori Regione dagli ospedali del Veneto (mobilità attiva) risulta in diminuzione, ma il calo è inferiore rispetto a quanto registrato per le dimissioni dei residenti, per cui l'indice di attrazione risulta in lieve crescita (dal 7,6% all'8,3%). Nel contempo è però considerevolmente aumentata la quota di residenti nel Veneto ospedalizzati in strutture fuori Regione, sia in termini assoluti che relativi. L'indice di fuga è infatti passato dal 4,4% del 2000 al 6,4% del 2009. L'effetto congiunto di queste dinamiche è stato, nel corso dell'ultimo decennio, il dimezzamento del saldo positivo tra mobilità attiva e passiva, che rimane in ogni caso di oltre 15.000 ricoveri.

Il saldo è largamente positivo per molte discipline chirurgiche, in particolare Urologia, Chirurgia Generale, Oculistica, Neurochirurgia, Otorinolaringoiatria, Ortopedia e Psichiatria. Variabile l'andamento per Oncologia-Ematologia, che 2000 era l'unico fortemente negativo, si riequilibra nel corso degli anni successivi, per poi diventare nuovamente negativo nell'ultimo triennio a causa soprattutto del passaggio di molti ricoveri (nel Veneto ma non nelle altre Regioni) al regime ambulatoriale.

Nel 2009 hanno mostrato saldi negativi, anche se contenuti, le discipline dell'area Materno-Infantile, Medicina Generale, Cardiologia e Lungodegenza. Inoltre per Riabilitazione ed alcune discipline chirurgiche il saldo, pur rimanendo positivo, si è fortemente ridotto.

L'analisi della mobilità passiva extraregione mostra un indice di fuga in crescita in tutte le Aziende ULSS, con valori più elevati nel 2009 per le aree geografiche di confine come le Aziende ULSS di Mirano, Rovigo, Belluno, Pieve di Soligo.

Le Regioni che giustificano l'80% della mobilità passiva veneta sono, nell'ordine, Friuli Venezia Giulia (soprattutto per i *day hospital*), Emilia Romagna, Lombardia, Provincia di Trento (soprattutto per i ricoveri in Riabilitazione). Le principali strutture ospedaliere in cui si concentra la mobilità passiva sono:

- per l'Ortopedia, la casa di Cura San Giorgio e l'Azienda Ospedaliera di Pordenone, l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna;
- per il settore Materno-Infantile, l'Azienda Ospedaliera di Ferrara, l'Ospedale di Latisana, l'IRCCS Burlo Garofalo di Trieste;
- per l'Oncoematologia e la Chirurgia Generale, il Centro di Riferimento Oncologico di Aviano;
- per la Riabilitazione, la Casa di Cura di Arco di Trento;
- per altre discipline, le Aziende Ospedaliere di Ferrara, Pordenone ed Udine.

La mobilità intraregionale evidenzia dinamiche in parte legate all'offerta di specialità, anche se in misura diversa tra le Aziende ULSS che non dispongono di "alte specialità", con saldi complessivi (comprensivi della mobilità intra ed extraregionale) fortemente

positivi per le due Aziende Ospedaliere, specie quella di Padova, e l'Azienda ULSS di Bussolengo.

Una valutazione delle strutture sanitarie, sulla base dell'attuale sistema informativo, evidenzia per quanto riguarda il *setting* ospedaliero, alcuni aspetti specifici:

- la non omogeneità nelle dotazioni strutturali tra le varie Aziende ULSS, in particolare nella distribuzione di posti letto ospedalieri per acuti e per la riabilitazione;
- un trend omogeneo di riduzione dell'utilizzo dell'ospedale per acuti;
- una diversa distribuzione dell'utilizzo dell'ospedale tra le Aziende ULSS ed un profilo di mobilità attiva e passiva in parte coerente o con le situazioni geografiche di confine o con la distribuzione territoriale delle alte specialità;
- un incremento della mobilità passiva, non solo ascrivibile alle Aziende di confine ma anche ad alcune tipologie di domanda che possono non trovare risposta nel contesto regionale (es. la riabilitazione);
- una progressiva modifica della casistica ospedaliera legata a diversi fattori come la maggiore appropriatezza organizzativa e i mutamenti dei protocolli di cura;
- uno spostamento delle prestazioni da regime di degenza a regime ambulatoriale in linea con le indicazioni regionali.

1.4.2 Le strutture residenziali socio-sanitarie

Le strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni) per persone non autosufficienti, operanti nel Veneto, rappresentano un nodo fondamentale della rete socio-sanitaria: da un lato interagiscono con il sistema ospedaliero e dall'altro integrano il sistema della domiciliarità.

Nello specifico dette strutture si possono raggruppare in due macro-categorie.

- *Strutture a ciclo continuativo a carattere temporaneo*: sono caratterizzate da un obiettivo assistenziale che deve trovare compimento in un arco temporale definito, prevedendo quindi, oltre all'ingresso in struttura, anche l'uscita verso il domicilio o verso un'altra struttura a carattere definitivo.

Afferiscono a questa macro-categoria: l'Hospice, la Sezione Alta Protezione Alzheimer, l'Ospedale di comunità (o struttura intermedia), i posti temporanei o di modulo sollievo, i Centri Diurni per persone non autosufficienti.

Tali strutture si collocano prevalentemente nei percorsi di sostegno della domiciliarità, richiedendo una forte interazione con il medico di famiglia e con i servizi domiciliari distrettuali.

- *Strutture a ciclo continuativo a carattere definitivo (o tendenzialmente definitivo)*: sono caratterizzate da obiettivi di mantenimento della qualità di vita per quanto possibile in un ambiente protetto, risultando di fatto impossibile un rientro a

domicilio del paziente; in queste strutture il progetto assistenziale richiede un monitoraggio costante e la ridefinizione degli interventi sulla base della evoluzione naturale del quadro clinico.

Afferiscono a questa macro-categoria: le strutture residenziali (Centri di Servizio) con unità di offerta di ridotta/minima e media intensità assistenziale, le Sezioni di Stato Vegetativo Persistente e di Minima Coscienza.

Tali strutture si collocano nell'ambito dei servizi residenziali per la non-autosufficienza e rappresentano un livello di assistenza per tutta quella utenza non assistibile a domicilio.

Nel contesto veneto queste strutture sono qualificate mediante il processo di accreditamento della L.R. n.22/2002 e offrono oggi oltre 25.000 posti letto articolati secondo le diverse unità di offerta ivi presenti.

Negli ultimi anni è stato introdotto il sistema delle "impegnative di residenzialità", definito come il titolo rilasciato al cittadino per l'accesso alle prestazioni rese nelle strutture residenziali (Centri di Servizio) autorizzate sulla base della normativa vigente (L.R. n.22/2002). Il percorso fino ad ora attuato ha permesso di separare il numero di posti letto autorizzati all'esercizio dal numero di impegnative di residenzialità di cui ogni territorio risulta dotato, e questo con il preciso scopo di consentire la libera scelta del cittadino. Al fine di monitorare costantemente quanto viene speso dalle Aziende ULSS, è stato creato un apposito flusso regionale, costantemente aggiornato in relazione alle impegnative emesse attraverso il registro unico della residenzialità, attivato in ciascuna Azienda ULSS.

1.4.3 Dall'analisi alle linee di indirizzo

L'analisi dell'offerta in termini di strutture ospedaliere e di strutture residenziali socio-sanitarie porta ad enucleare alcuni aspetti strategici di sistema per la programmazione regionale:

- la riorganizzazione della rete ospedaliera in forma omogenea sul territorio regionale, riaggregando le strutture in modo tale da garantire efficienza, sicurezza per il cittadino e qualità professionale degli operatori sanitari;
- la riconversione di strutture ospedaliere dismesse, finalizzandole ad un processo di potenziamento dei servizi territoriali e restituendole alla Comunità con una valenza sociale-sanitaria. L'attuazione di queste riconversioni nei diversi contesti presuppone un processo di concertazione con le Amministrazioni Locali in merito alla destinazione d'uso delle strutture;
- la valorizzazione, in un'ottica di sistema, delle strutture extraospedaliere, che annoverano un numero di posti letto quasi doppio di quelli ospedalieri e che possono rappresentare, se utilizzate al meglio delle possibilità assistenziali, una leva fondamentale nel processo di riorganizzazione dei livelli di assistenza, garantendo al contempo costi sostenibili;

- la (ri)definizione delle funzioni e degli standard delle strutture a carattere temporaneo, in particolare le strutture intermedie, con adeguamento ai mutati bisogni assistenziali e con potenziamento a fronte della ridefinizione dell'offerta ospedaliera;
- la messa in sicurezza di tutte le strutture, la ristrutturazione ove necessario e lo sviluppo di una flessibilità organizzativa per adeguare progressivamente gli standard previsti dalla L.R. n.22/2002 alle esigenze assistenziali.

1.5 CRITICITÀ E SFIDE DA AFFRONTARE

Attraverso l'analisi di contesto si evidenzia il mutare dei bisogni assistenziali della popolazione, con l'emergere di nuove sfide assistenziali indotte:

- dalla crescita della aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione, con l'aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie un elevato carico assistenziale;
- dalla precarietà che connota i rapporti familiari, amicali, lavorativi e che, più in generale, si configura come una condizione di vita, con la progressiva destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale;
- dalla correlazione tra la fragilità individuale, specie nell'anziano ma anche nei giovani, e la condizione di solitudine, insita in un contesto relazionale sempre più complesso;
- dalla rilevanza della componente immigrata tra la popolazione residente, che apporta nuove istanze ed approcci differenziati ai servizi socio-sanitari.

A livello di sistema si evidenziano, poi, alcuni punti critici che meritano di essere affrontati:

- le disomogeneità tra le Aziende ULSS, con rilevanti differenze nell'offerta (ad esempio la distribuzione della dotazione di posti letto ospedalieri per acuti e per riabilitazione) e nel ricorso ai servizi sanitari per i vari *setting* assistenziali, non sempre associabili a differenze nei profili della domanda o a caratteristiche ambientali specifiche;
- la progressiva crescita della mobilità passiva ospedaliera, non solo ascrivibile alle Aziende ULSS di confine, ma anche legata ad alcuni specifici ambiti di domanda che non trovano risposta nel contesto regionale (es. la riabilitazione);
- il ricorso inappropriato ad alcune prestazioni come l'accesso al Pronto Soccorso o le liste d'attesa nell'ambito della specialistica strumentale e diagnostica;
- la variabilità dei modelli organizzativi e gestionali, dei sistemi di remunerazione delle prestazioni e dei livelli di integrazione tra i diversi nodi che compongono la rete socio-sanitaria nelle Aziende ULSS.

Rappresentano, dunque, scelte strategiche della programmazione regionale:

- il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
- la ridefinizione organizzativa dell'offerta ospedaliera, secondo criteri di omogeneità quali-quantitativa per i diversi segmenti del SSSR in un contesto di equità allocativa e di accessibilità;
- la ridefinizione delle competenze e l'implementazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio, orientando il primo al trattamento dell'acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità, secondo logiche di rete;
- lo sviluppo di politiche di integrazione professionale e di intersectorialità degli interventi, all'interno di modelli organizzativi sostenibili e qualificati;
- l'investimento sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, con particolare riguardo all'appropriatezza prescrittiva ed al consumo di risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile dei professionisti e dei cittadini, anche allo scopo di ottenere una consistente riduzione delle liste d'attesa.

Trasversale, ma funzionalmente correlata, si pone la necessità di garantire il governo economico-finanziario in grado di assicurare al SSSR l'equilibrio di bilancio.

L'attuazione del presente PSSR sarà avviata con priorità laddove vi è stato un maggiore rallentamento nell'applicazione della precedente programmazione.

2. COSTRUIRE LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Il SSSR nel Veneto sostanzia quattro principi fondamentali:

- l'universalità ossia l'essere rivolto a tutta la popolazione di riferimento;
- l'equità ossia la garanzia di una uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento di obiettivi di salute individuali e nella garanzia di uniformità delle prestazioni sul territorio regionale;
- l'umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria;
- l'integrazione socio-sanitaria.

Il PSSR intende proporre una visione fondata su una "rete di sicurezza" per il cittadino con la messa in rete delle strutture territoriali integrate con la rete ospedaliera.

2.1 I RIFERIMENTI PER UNA PROGRAMMAZIONE IN VENETO

Nel corso degli anni la Regione è stata protagonista di una evoluzione che ha portato ad una progressiva condivisione degli obiettivi di sistema con le Aziende ULSS ed Ospedaliere e, conseguentemente, all'attribuzione di una diretta responsabilità.

Al contempo sono state perseguite strategie volte a rendere l'assistenza più vicina al paziente, stimolando la capacità di individuare i determinanti reali del fabbisogno di risorse e del contestuale conseguimento di parametri ottimali di *performance*. In quest'ottica il SSSR può, dunque, rappresentare un riferimento in termini di qualità organizzativa, professionale, erogata e percepita.

Più in dettaglio si possono individuare alcuni elementi peculiari dell'esperienza veneta, che rappresentano punti fermi su cui declinare la programmazione regionale:

- la conferma dell'importanza del modello socio-sanitario, integrato nelle due componenti assistenziali fondamentali per la tutela della salute nella sua globalità;
- la valenza della programmazione pubblica quale riferimento metodologico unitario e sistemico su cui sviluppare un'offerta diversificata e mirata alle reali esigenze della popolazione;
- la centralità della concezione di "filiera della salute", non solo per garantire la continuità dell'assistenza e una presa in carico globale del paziente, ma più in generale interpretando l'investimento sulla salute come elemento di progresso locale, come diritto del singolo e dovere della collettività, come creazione di un "valore" per il territorio locale. Questa visione è coerente con i principi condivisi dall'OMS e descritti nella Carta di Tallinn (2008), secondo cui una migliore salute contribuisce al benessere sociale di ciascun Paese attraverso l'impatto positivo sullo sviluppo economico, sulla competitività e sulla produttività dello stesso. Ne consegue che investire in salute equivale ad investire nello sviluppo umano, nel benessere sociale e nel benessere economico.

Ciò non di meno, l'attuale contesto economico porta a considerare, come dimensione fondamentale della programmazione, la sostenibilità del sistema socio-sanitario, intesa nelle sue diverse accezioni:

- la sostenibilità economica che si realizza attraverso un utilizzo appropriato delle risorse e che assume una valenza etica quale capacità di garantire, a fronte di risorse finite, la tutela della salute a chi ne ha effettivamente bisogno;
- la sostenibilità sociale che si realizza attraverso un processo di coinvolgimento attivo dei cittadini e della comunità, per condividere le politiche di cambiamento, di partecipazione e di responsabilizzazione;
- la sostenibilità professionale che si realizza attraverso politiche ed interventi di condivisione degli obiettivi, di comunicazione e di formazione degli operatori del SSSR a tutti i livelli, al fine di acquisire le competenze e gli strumenti per organizzare, gestire ed attuare l'innovazione e il cambiamento.

In questo quadro diventa essenziale e strategico sviluppare, ai vari livelli di responsabilità, la capacità di "rendicontare" quanto viene erogato, realizzando un monitoraggio strutturato e sistematico. Occorre, pertanto, disporre di un sistema informativo correttamente e costantemente alimentato, in grado di produrre una reportistica per valutare l'impatto della programmazione e della gestione del SSSR in termini di salute e di costi.

2.2 UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

Il principio della centralità della persona rispetto ad ogni intervento sanitario, socio-sanitario ed assistenziale deve orientare il SSSR e tutte le attività delle Aziende ULSS ed Ospedaliere verso l'umanizzazione, che è quell'impegno socio-assistenziale, di attenzione civile e di regole morali in grado di rendere i luoghi di cura e gli interventi sanitari "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazione e *comfort*, con percorsi di cure e di accompagnamento il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino.

Gli elementi su cui si fonda l'umanizzazione sono:

- la salute come diritto del singolo cittadino e dovere della collettività, in una costante interrelazione tra individuo, sistema di cure e Comunità;
- la persona come totalità e sintesi dei vari aspetti fisici, mentali, emotivi e spirituali;
- il benessere inteso come condizione soggettiva di consapevolezza da realizzare nell'equilibrio tra le diverse componenti della persona;
- il rispetto della dignità personale a fondamento di qualunque rapporto tra operatori e pazienti.

Basilare diventa, dunque, il rapporto relazionale del cittadino con il SSSR, per cui il paziente non dovrà essere mai un "caso" ma resta sempre una persona, e la cura sarà l'espressione di un progetto umano-psicologico e non di un approccio teorico-scientifico disgiunto dalla sfera psico-emotiva.

In quest'ottica umanizzare l'assistenza significa anche garantire una funzione di "orientamento" del cittadino all'interno del SSSR, attraverso un "referente" che guidi l'utente-persona e faccia in modo che i professionisti deputati all'assistenza non operino in modo settoriale. Il medico di famiglia mantiene un ruolo chiave in tutte le fasi di questo percorso di cura. In ambito ospedaliero dovrà essere, invece, individuato, in base alle diverse situazioni cliniche, un medico referente che sia responsabile del percorso di diagnosi e cura oltre che dell'informazione al paziente ed alla famiglia, interfacciandosi con il medico di famiglia, del quale sarà il principale interlocutore.

Per facilitare l'accesso ai servizi lo Sportello Unico, già previsto con specifici provvedimenti regionali e diretto ad avere un unico punto di riferimento per il cittadino anche a fronte di esigenze diversificate, può rappresentare un modello da sperimentare e diffondere nel contesto regionale. Questo strumento consente, infatti, la semplificazione dei percorsi amministrativi per accedere ai servizi, rappresentando una prima forma di presa in carico, ed assicura quella preziosa offerta di informazioni che orientano il cittadino.

Più in generale le Aziende ULSS sono chiamate a migliorare l'accesso ai servizi, promuovendo e consolidando le esperienze di sportelli polifunzionali e ponendoli in raccordo operativo con gli sportelli dei Comuni, al fine di semplificare ulteriormente azioni e processi di accompagnamento della persona.

Per rendere effettiva l'umanizzazione appaiono determinanti le seguenti scelte:

- promuovere una capillare e trasparente informazione ai cittadini sui servizi che si erogano nelle strutture socio-sanitarie, attraverso gli strumenti di comunicazione dell'Azienda (carta dei servizi, siti *web*, bollettini periodici), favorendo anche la condivisione delle regole di funzionamento del SSSR;
- sviluppare un coordinamento a livello regionale delle informazioni al cittadino, coinvolgendo la rete delle Aziende ULSS ed Ospedaliere, le società scientifiche, le farmacie territoriali, le Conferenze dei Sindaci (o Esecutivi), le diverse competenze professionali, al fine di garantire validità delle informazioni ed uniformità contenutistica;
- favorire la comunicazione tra professionisti socio-sanitari e assistiti, adottando linee guida in grado di orientare la modalità, di volta in volta preferibile, con cui trasmettere le informazioni al paziente e coinvolgerlo nelle scelte;
- diffondere la cultura dell'*empowerment*, quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute;
- promuovere progetti di formazione orientati prevalentemente a:
 - fornire a tutti gli operatori una preparazione professionale sui problemi delle relazioni e della comunicazione;
 - preparare adeguatamente gli operatori impegnati nel primo livello di accoglienza;
- adottare modelli di accoglienza degli assistiti e dei familiari nei luoghi di pronto soccorso;
- sviluppare un'attività di psicologia clinica ospedaliera all'interno dei presidi ospedalieri ed in stretta sinergia con i servizi territoriali, con funzioni di diagnosi, sostegno, psicoterapia breve, nonché formazione/supervisione degli operatori

- sanitari e promozione della salute in ambito psicologico anche del personale aziendale ospedaliero;
- favorire un utilizzo appropriato delle terapie a maggiore efficacia antalgica, specie nelle patologie oncologiche;
 - porre in atto metodologie con cui valutare periodicamente il grado di soddisfazione dell'utente in merito all'assistenza ed ai servizi di cui ha fruito, nell'ottica di rimediare ad eventuali lacune o omissioni;
 - sviluppare una forte attività di raccordo tra i servizi socio-sanitari e i contesti sociali e territoriali di appartenenza dei pazienti.

La programmazione regionale ribadisce, inoltre, l'importanza del modello organizzativo attuale dei Comitati etici aziendali per la pratica clinica e per la sperimentazione clinica.

Si conferma, altresì, l'importanza del Comitato etico regionale quale supporto alla programmazione regionale ed alla rete dei Comitati etici locali, garantito attraverso una qualificata componente multiprofessionale.

Si sottolinea, infine, come l'umanizzazione delle strutture socio-sanitarie sia correlata anche al governo economico del SSSR: ridurre l'abuso dei farmaci, evitare le ospedalizzazioni non necessarie, fare un uso più appropriato degli accertamenti diagnostici, contenere gli interventi chirurgici sono alcuni elementi utili ad orientare le prestazioni, ponendo la persona al centro di ogni intervento assistenziale.

2.3 UN PIANO INTEGRATO PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA

Integrazione rappresenta una parola-chiave nella definizione della programmazione regionale dal momento che sempre meno è proponibile una visione settoriale e parcellizzata del paziente e dei suoi bisogni, e sempre più è auspicabile un intervento coordinato di tutte le componenti del sistema. Più precisamente l'integrazione trova varie declinazioni.

2.3.1 L'integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria si conferma strategia fondante del modello veneto, da perseguire a tutti i livelli del sistema, quale approccio che interpreta in modo completo l'obiettivo di tutelare la salute ed il benessere al di là di logiche settoriali ed autoreferenziali.

Il principio su cui si fonda l'integrazione tra servizi sociali e sanitari è, infatti, rappresentato dal riconoscimento della persona nella sua globalità ed in rapporto con i propri contesti di vita. Ciò richiede un raccordo tra il livello istituzionale, che consente di definire i "patti per la salute" sottoscritti tra i diversi attori, il livello gestionale, che garantisce l'adozione di modelli organizzativi coerenti, ed il livello professionale che

permette di armonizzare le competenze dei professionisti chiamati in causa per realizzare obiettivi di salute comuni.

Un assetto istituzionale integrato si fonda sull'accordo programmatico, gestionale e valutativo dei Comuni, attraverso i loro organismi di rappresentanza (Conferenza dei Sindaci ed Esecutivo), e le Aziende ULSS; il Piano di Zona è lo strumento principale dell'accordo programmatico e deve essere coerente con gli atti della programmazione regionale.

La responsabilità primaria della Regione e dei Comuni nel garantire, in modo unitario ed integrato secondo le rispettive competenze, la funzione di programmazione del sistema socio-sanitario trova come punti centrali di riferimento politico, a livello regionale, la Conferenza Regionale Permanente per la Programmazione socio-sanitaria e, a livello aziendale, la Conferenza dei Sindaci.

2.3.2 L'integrazione Ospedale-Territorio

Una gestione integrata del paziente richiede l'implementazione di modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale, atti cioè a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse.

Le esperienze sviluppate nel Veneto in tema di continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio portano ad individuare alcune strategie complessive.

- Il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (*case manager*).
- La diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili. Si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura. La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti.
- Il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei sistemi informativi integrati, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata.
- Il consolidamento della prassi aziendale di definire obiettivi trasversali per il *budget* dell'Ospedale e per il *budget* del Territorio.

2.4 UN PATTO CON UNA COMUNITÀ COMPETENTE E PARTECIPE

Con questo PSSR si intende valorizzare una visione imperniata sulla coesione sociale e sulla responsabilizzazione diffusa, guidando i percorsi e le risorse spesso informali e spontanee in una logica di sistema. In quest'ottica il sistema di *welfare* vede una forte presenza delle istituzioni pubbliche, titolari e responsabili delle funzioni socio-sanitarie, garanti della programmazione e dell'attuazione di servizi ed interventi assistenziali, fortemente partecipati da tutti gli attori della società civile (famiglie, organizzazioni sindacali e datoriali, terzo settore). A tale riguardo si evidenzia l'importanza di individuare forme di concertazione sistemiche con le organizzazioni sindacali.

Inoltre il valore sociale e la finalità pubblica della cooperazione sociale sono riconosciuti dalla L. n.381/1991 e dalla L.R. n.23/2006, con riferimento al perseguimento della promozione umana e dell'integrazione sociale dei cittadini nell'interesse generale della comunità.

La tenuta della rete sociale, fatta da relazioni parentali, amicali, solidaristiche e di volontariato, costituisce un elemento di stabilità e di identificazione del tessuto veneto, sostenuto da profondi e radicati valori etico-sociali. Il volontariato rappresenta, infatti, un contributo rilevante in ambiti non sempre efficacemente presidiati dall'intervento pubblico, rispetto al quale può svolgere un ruolo integrativo in un'ottica di sussidiarietà.

Il PSSR intende essere, prima di tutto, un *Patto con la Comunità locale*, finalizzato a responsabilizzare tutti i soggetti alla garanzia dei LEA e dei LIVEAS: l'integrazione istituzionale viene allora ad allargarsi, coinvolgendo anche i soggetti non istituzionali nella creazione di una "*partnership* di comunità".

Il valore sociale del volontariato come espressione di partecipazione, solidarietà, pluralismo è riconosciuto dalla L. n.266/1991 e dalla L. n.328/2000, ma la molteplicità delle associazioni richiede modalità più strutturate ed incisive di raccordo e consultazione all'interno delle Aziende ULSS anche per poterne valorizzare compiutamente la *mission*. Per questo è necessario prevedere una funzione di interfaccia specifica in ogni Azienda ULSS, quale punto di riferimento per il volontariato, con lo scopo di:

- promuovere, sviluppare e consolidare i rapporti con le associazioni di volontariato, in particolare in ambito socio-sanitario al fine di diffondere le buone pratiche maturate nel territorio;
- favorire, nel pieno rispetto dell'autonomia delle singole realtà associative, la nascita di iniziative che moltiplichino la reciproca conoscenza, migliorando al tempo stesso i rapporti sul piano della formazione e della operatività;
- sostenere percorsi formativi integrati al fine di supportare un volontariato competente, informato e partecipe;
- rafforzare l'unitarietà degli intenti ed il migliore impiego delle risorse pubbliche e private, sviluppando un approccio di sistema;
- favorire ogni iniziativa utile a creare un più efficace collegamento fra istituzioni pubbliche e volontariato locale;

- implementare l'audit civico attraverso il quale le organizzazioni sociali, gli organismi di tutela del malato e le associazioni di volontariato possano valutare la qualità delle prestazioni e dei servizi delle Aziende ULSS e cogliere le istanze prioritarie da portare ai livelli decisionali perché si trasformino in attività concordate da monitorare e valutare nella più assoluta trasparenza.

È necessario, dunque, che il sistema affini la capacità di coinvolgimento e di mobilitazione delle risorse in un'ottica più ampia, integrando le politiche socio-sanitarie con quelle formative, abitative, occupazionali, riconoscendo nel Piano di Zona lo strumento attuativo.

2.5 LE RELAZIONI SOCIO-SANITARIE INTERNAZIONALI

La strategia regionale per il confronto europeo internazionale risponde all'obiettivo di migliorare la competitività del SSSR, in un contesto europeo dove Regioni e Stati membri sono sempre più interdipendenti. In questa prospettiva l'attenzione alle politiche di salute pubblica e di *welfare* dell'Unione Europea (UE), l'attenzione all'integrazione del SSSR con le aree transfrontaliere, lo sviluppo dell'innovazione e della ricerca in campo biomedico e nella *e-health* permetteranno alla Regione di saper competere con i migliori sistemi socio-sanitari internazionali, a tutto vantaggio della qualità dei servizi erogati.

L'importanza strategica di procedere in questa direzione è anche motivata dal saper rispondere alle sfide sorte dopo l'entrata in vigore del Trattato di Lisbona (2007), che profila una UE fondata sui valori comuni, quali la solidarietà e la sicurezza, attraverso la Carta Fondamentale dei Diritti volta a stabilire meccanismi di solidarietà e di migliore protezione della salute dei cittadini europei. In particolare, le azioni in materia di salute intraprese a livello comunitario generano un valore aggiunto alle misure adottate dai singoli Stati membri, soprattutto nel settore della prevenzione delle malattie. Viene, inoltre, riconosciuto il valore ed il ruolo imprescindibile delle Regioni e delle Città, rafforzando il ruolo del Comitato delle Regioni, organo rappresentativo delle Regioni europee.

La necessità di rafforzare, in un quadro strategico unitario, viene altresì ribadita nel Libro bianco "Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013" e nel Programma "Europa 2020".

L'opportunità di una maggiore integrazione tra i Sistemi Sanitari europei e dei Paesi dell'OCSE, nel rispetto del principio di sussidiarietà e delle caratteristiche culturali regionali e locali, rappresenta sicuramente un importante traguardo per l'UE ed offre stimoli per quelle Regioni, come il Veneto, dotate di un sistema sanitario efficiente. L'apertura ed il confronto con le migliori esperienze socio-sanitarie europee ed internazionali sono, dunque, di particolare importanza oggi, a fronte di sfide sempre più complesse, quali ad esempio l'invecchiamento della popolazione, la mobilità dei cittadini e dei pazienti, l'emergenza di nuove epidemie e le possibili conseguenze sulla salute legate ai cambiamenti climatici.

L'opportunità di proseguire nella strategia regionale di integrazione della Sanità veneta in Europa e di internazionalizzazione delle politiche ed azioni socio-sanitarie appare evidente sotto tre diversi profili.

- Il nuovo ruolo che a livello europeo la salute pubblica e la protezione sociale hanno assunto nel complesso sistema di attuazione delle altre politiche comunitarie. Secondo questa logica i nuovi programmi socio-sanitari e di ricerca per il periodo 2008-2013 sono finalizzati a far sì che la salute e le politiche sociali possano svolgere un ruolo chiave nel realizzare il potenziale europeo di prosperità, solidarietà e sicurezza. Migliorare e mantenere in buona salute i cittadini europei permetterà di dare attuazione alla Strategia di Lisbona ed alla soluzione di alcune delle principali sfide sulla salute e sul *welfare* che l'Europa ha di fronte. Tali sfide vanno di pari passo con quelle legate alle sempre più frequenti emergenze sanitarie internazionali, ed alle vecchie e nuove epidemie per il controllo delle quali è nato il nuovo Regolamento sanitario internazionale dell'OMS.
- La rilevanza assunta dal livello regionale nella gestione dei sistemi socio-sanitari negli Stati federali, le cui esperienze ed il cui ruolo sono stati definitivamente acquisiti come buone pratiche operative e riconosciuti dalla Commissione Europea nel nuovo documento *Health Strategy 2008-2013*.
- I risultati operativi ottenuti nel periodo 2000-2010 dal piano di azione attraverso cui la strategia regionale è stata messa in pratica mediante:
 - a) l'investimento di risorse regionali per migliorare la conoscenza degli strumenti di finanziamento europei in materia di salute pubblica e affari sociali, che hanno consentito la realizzazione, in collaborazione con le Aziende ULSS venete, di un numero considerevole di progetti cofinanziati dalla Commissione Europea;
 - b) l'attiva partecipazione della Regione Veneto alle reti europee di Regioni, tra cui l'Osservatorio Europeo sui Sistemi e sulle Politiche Sanitarie;
 - c) la migliore interazione con le istituzioni europee e con le Agenzie specializzate delle Nazioni Unite, promuovendo a tutti i livelli il modello di sistema socio-sanitario in uso nel Veneto.

La Regione intende, quindi, favorire attraverso il nuovo PSSR:

- il pieno riconoscimento delle prestazioni con i Sistemi Sanitari degli Stati dell'UE, conformemente ai contenuti della Direttiva 2011/24/UE concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera;
- l'internazionalizzazione delle strutture appartenenti al SSSR attraverso la formazione del personale sanitario e sociale dipendente, la partecipazione anche attraverso le Aziende ULSS, l'Azienda Ospedaliera di Padova e l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, l'Istituto Oncologico Veneto (IOV), ai programmi ed ai progetti finanziati dalla Commissione Europea, nonché partecipando sia alle attività transfrontaliere con Carinzia e Slovenia o bilaterali con altre regioni europee, la presenza nelle reti tematiche europee ed internazionali di settore, mirando a far dialogare la dimensione territoriale ed operativa del SSSR con la visione internazionale e multicentrica dell'UE, dell'OMS e delle altre Agenzie internazionali di settore;
- il miglioramento del livello di informazione e di conoscenze sulle opportunità derivanti dalla collaborazione con la Commissione Europea, l'OMS e le Agenzie internazionali in modo da consentire al SSSR di essere informato per tempo sulle iniziative europee ed internazionali, al fine di partecipare alla formazione delle politiche europee, utilizzando le migliori esperienze presenti in Veneto e, al tempo stesso, attuando le politiche di salute suggerite dall'OMS e dalle altre Agenzie specializzate;

- il miglioramento del *management* delle progettualità europee e la loro integrazione con le attività istituzionali del SSSR in modo da migliorare l'impatto dei finanziamenti comunitari e sviluppare *know how*, ricerca ed innovazione utili anche al sistema economico veneto;
- lo sviluppo di *partnership* con altre regioni italiane al fine di implementare progetti di ricerca su innovazione e qualità delle cure in un'ottica di collaborazione più ampia e rappresentativa con le Agenzie internazionali e la Commissione Europea;
- l'ampliamento ed il coordinamento della partecipazione delle Aziende ULSS, dell'Azienda Ospedaliera di Padova e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona, dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) e delle strutture regionali ai programmi comunitari di azione in materia socio-sanitaria, sociale e di ricerca scientifica in campo biomedico, nonché a quelli di cooperazione sanitaria internazionale decentrata offerti dal Ministero degli Affari Esteri e dalle Agenzie specializzate delle Nazioni Unite e dell'UE;
- l'attuazione completa, anche a livello europeo, del decentramento politico-amministrativo attraverso la partecipazione diretta del livello regionale alle politiche ed al processo decisionale dell'UE in materia di politiche di sanità e sociale, nonché delle politiche dell'OMS e delle altre Agenzie Internazionali, anche nella piena attuazione dell'art. 5 della L. n.131/2003 (Legge La Loggia).

3. GLI AMBITI DELLA PROGRAMMAZIONE

Nell'ambito di sistemi così complessi, com'è quello socio-sanitario, il concetto di rete appare il più idoneo ad essere utilizzato. Si tratta di un approccio che trova tre dimensioni di senso:

- il fare rete nell'accezione collaborativa tra professionisti, ma anche tra soggetti diversi;
- il mettere in rete il sistema sotto il profilo tecnologico, potenziando le strumentazioni informatiche e telematiche;
- l'organizzare in rete ossia l'individuazione di modelli che mettano in relazione funzionale strutture di gestione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Sulla scorta di queste considerazioni si individuano tre macro-obiettivi lungo i quali si declinano le scelte strategiche regionali:

- il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, implementando modelli organizzativi a rete fondati su *team* multiprofessionali, qualificando le forme associative della Medicina Convenzionata, ridefinendo una filiera per l'assistenza extraospedaliera con particolare riferimento all'assistenza in strutture di ricovero intermedie;
- il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta).

Più in dettaglio si prevede lo sviluppo di modelli *hub & spoke*, definendo il ruolo che le strutture verrebbero ad assumere per le funzioni assistenziali negli ambiti specifici: sulla base dei volumi di attività adeguati a mantenere la competenza professionale degli operatori (es. procedure/interventi effettuati per anno), sulla presenza di specialità di supporto, sulla tipologia di pazienti ricoverati (es. elevata complessità della patologia), sulla valutazione degli esiti. A tale riguardo si fa riferimento ai modelli di reti gerarchizzate già sperimentate a livello nazionale ed internazionale;

- il perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza, garantendo la continuità dei percorsi attraverso l'integrazione delle funzioni e delle competenze e, più in generale, secondo il paradigma che attribuisce l'acuzie all'Ospedale e la cronicità al Territorio.

I criteri di fondo su cui si sviluppano questi tre macro-obiettivi sono:

- la capacità di garantire i LEA in modo uniforme, appropriato e responsabile su tutto il territorio regionale, tenendo tuttavia presente la specificità del territorio bellunese e del Polesine, delle aree montane e lagunari e di quelle a bassa densità abitativa, in conformità a quanto previsto dall'art. 15 dello Statuto regionale;

- la coerenza degli obiettivi di salute perseguiti con gli indirizzi enucleati nel Patto per la Salute 2010-2012;
- la coerenza attuativa con il quadro organizzativo e le risorse disponibili, responsabilizzando tutti i livelli all'uso appropriato delle stesse;
- la capacità di concorrere al perseguimento della qualità dei servizi anche attivando un sistema dei controlli, sugli esiti e sulla *performance*, e di gestione dei rischi e della sicurezza.

L'analisi storica sotto il profilo organizzativo e funzionale porta a confermare che le Aziende ULSS con un bacino di riferimento compreso tra i 200.000 e i 300.000 abitanti presentano migliori *performance* gestionali ed assistenziali, configurandosi questa come dimensione ottimale a cui tendere.

3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

La conferma e il consolidamento, in tutto il contesto veneto, del modello di Distretto socio-sanitario “forte” vengono a rappresentare scelte strategiche della programmazione regionale, scelte su cui si impernia la complessiva ridefinizione organizzativa del SSSR.

Il modello a cui ci si riferisce interpreta il Distretto come il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali, nelle piene funzioni di committenza-governo e di produzione-erogazione.

Più nel dettaglio il Distretto socio-sanitario:

- è il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS, polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali, sede di gestione e coordinamento operativo ed organizzativo dei servizi territoriali;
- assicura l'erogazione dell'assistenza territoriale (nell'accezione di *primary care*) attraverso un elevato livello di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, al fine di garantire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della comunità;
- è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda ULSS che meglio consente di governare i processi assistenziali alla persona, assicurando anche una integrazione fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse derivanti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dal SSSR, dai Comuni, dalla solidarietà sociale.

Rientrano nel livello di assistenza territoriale:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica territoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza infermieristica;
- assistenza sociale;
- assistenza consultoriale per la tutela dell'infanzia e della famiglia;

- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale;
- cure domiciliari;
- cure palliative;
- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;
- assistenza residenziale e semiresidenziale in area disabilità, dipendenze, salute mentale ed età evolutiva;
- riabilitazione;
- assistenza scolastica e inserimento lavorativo dei disabili;
- assistenza alle dipendenze patologiche;
- assistenza psichiatrica;
- assistenza penitenziaria.

Il mandato del Distretto socio-sanitario si articola in quattro macro-funzioni fondamentali:

- analisi e valutazione dei bisogni di salute;
- gestione diretta di servizi ed interventi che rientrano nel livello di assistenza territoriale, avvalendosi di operatori e di unità operative proprie, oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori od organizzazioni esterne;
- realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale ed operativo;
- governo dei consumi di prestazioni indirette (farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere, protesica) attraverso l'attività di orientamento del cittadino e, soprattutto, la piena integrazione nell'organizzazione distrettuale della Medicina Convenzionata.

I criteri cardine sui quali si fonda l'organizzazione distrettuale sono:

- l'adozione di un metodo di lavoro interdisciplinare, attraverso l'integrazione delle competenze dei vari servizi aziendali, garantendo la compresenza dei tre ambiti di intervento ossia sanitario, socio-sanitario integrato e socio-assistenziale;
- la flessibilità nell'organizzazione delle risposte assistenziali, attuando il concetto di "filiera della presa in carico di area" nella prospettiva dello sviluppo e dell'integrazione del Progetto Assistenziale Individualizzato a garanzia dei soggetti fragili;
- la valorizzazione dei medici e pediatri di famiglia quali riferimenti diretti per le persone e le famiglie, con funzioni specifiche di educazione e promozione della salute, di valutazione dei bisogni, di regolamentazione e razionalizzazione dell'accesso al SSN, ed a cui spetta un ruolo centrale nel governo dei bisogni assistenziali;
- la piena integrazione dello specialista ambulatoriale interno nei PDTA con il coinvolgimento attivo nell'erogazione appropriata dei livelli di assistenza;
- la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di *nursing* nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di *case manager* della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia;
- la valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e sociali che operano nella rete dei servizi territoriali, quali portatrici di competenze specifiche per una corretta lettura e presa in carico del bisogno nella sua globalità;

- l'orientamento delle attività per programmi definiti d'intesa con i Comuni e formalizzati nel Piano di Zona, che rappresenta lo strumento di collaborazione e di programmazione tra Aziende ULSS, Amministrazioni Locali, strutture residenziali (Centri di Servizio), associazioni di volontariato, cooperazione sociale ed altri attori locali.

Al fine di garantire una maggiore uniformità di offerta ai cittadini, il Distretto dovrà tendere ad una unicità almeno sotto il profilo direzionale, ferma restando la territorializzazione della erogazione dei servizi, con un ambito che dovrà progressivamente adeguarsi alla soglia (minima) dei 100.000 residenti, fatte salve eventuali specificità (es. aree montane e lagunari ed aree a bassa densità abitativa) da definirsi di comune accordo tra Regione, Azienda ULSS e sentita la Conferenza dei Sindaci

Più in generale, il Territorio, a prescindere dal numero di Distretti, sarà diretto da un Direttore, unico responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale che:

- è responsabile della funzione direzionale di tutte le attività dei Distretti;
- persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di *budget* con la Direzione aziendale, mediante le risorse assegnate ai Distretti. Con la medesima metodologia definisce attività, risultati e risorse con le strutture afferenti ai Distretti.

Ciascuna Azienda ULSS dovrà prevedere, nella propria organizzazione territoriale, un'unità operativa complessa di Cure primarie, un'unità operativa Infanzia, adolescenza e famiglia, un'unità operativa semplice per la Disabilità, un'unità operativa per le Cure palliative e un'unità operativa per le Attività specialistiche. Le cinque Unità si collocheranno in maniera trasversale rispetto a tutti i Distretti in cui è articolato il territorio aziendale.

3.1.1 Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale

L'assistenza sanitaria territoriale (*primary health care*, Alma Ata 1978) rappresenta il primo livello di assistenza ed il primo punto di contatto tra i cittadini ed il SSSR; presenta le caratteristiche di sostenibilità economica, di accettabilità sociale, di validità scientifica, di accessibilità per ogni membro della comunità e di coinvolgimento della comunità nella progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi.

Nel SSSR l'assistenza territoriale è l'insieme degli interventi e dei servizi organizzati dal Distretto socio-sanitario (D.Lgs n.229/1999) in collaborazione con i medici convenzionati e con le comunità locali.

Nel Distretto si ritrovano, dunque, le caratteristiche operative dell'assistenza territoriale che è:

- generalista, in quanto include la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, la cura e la riabilitazione;

- olistica, perché interessata alla persona nel contesto della famiglia e della comunità;
- continua, poiché usa tipicamente strategie di presa in carico e di controllo nel tempo dei problemi di salute.

La funzione dell'assistenza territoriale deve, quindi, essere riconosciuta nelle strategie aziendali mediante la puntuale definizione dei ruoli e la programmazione degli obiettivi e degli interventi assegnati al Distretto.

Rappresentano obiettivi di salute prioritari nell'arco di vigenza del presente PSSR:

a) nell'area della ***prevenzione e promozione della salute***:

- la promozione della salute e l'educazione a stili di vita sani con particolare riferimento all'alimentazione, all'attività motoria, alle problematiche legate all'alcolismo ed alle altre dipendenze patologiche, attivando e coinvolgendo le risorse della comunità nella elaborazione e nella realizzazione di progetti secondo un approccio intersettoriale;
- il consolidamento delle attività di *screening* di riconosciuta efficacia nei confronti delle patologie neoplastiche (colon, cervice uterina, mammella);
- il sostegno operativo all'adozione di misure efficaci di profilassi delle malattie contagiose;
- la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardio-cerebrovascolari, oncologiche, respiratorie, metaboliche, traumatologiche in ambiente domestico e stradale;

b) nell'area ***dell'assistenza materno-infantile e dell'età adolescenziale***:

- l'attenzione ai problemi dello sviluppo del bambino, anche con riferimento al sostegno alla genitorialità e neogenitorialità;
- l'attuazione di interventi per favorire la relazione genitoriale precoce e l'allattamento al seno, anche attivando azioni di sostegno domiciliare durante il puerperio (es. offerta attiva, nelle famiglie con nuovi nati, di visite domiciliari da effettuarsi nel corso del primo mese di vita con modalità di ascolto, contenimento e supporto per la nuova madre), valorizzando anche la professione dell'ostetrica;
- la promozione della salute e l'educazione a stili di vita sani, con particolare riferimento alla prevenzione di tabagismo e alcolismo;
- la presa in carico ed il monitoraggio dei bambini affetti da patologie croniche, con particolare attenzione alla prevenzione del diabete e delle patologie cardiovascolari;
- l'utilizzo appropriato degli antibiotici e di altre terapie farmacologiche;
- la presa in carico precoce delle disabilità;
- l'individuazione di percorsi di presa in carico di minori e adolescenti con problemi neurologici e psicopatologici;
- l'individuazione precoce e la presa in carico di situazioni di minori ed adolescenti che necessitano di protezione e tutela in forma integrata tra i vari servizi.

c) nell'area ***dell'assistenza al paziente cronico***:

- l'implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO;
- l'assunzione di responsabilità e l'educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia;
- l'individuazione precoce delle malattie respiratorie (in particolare BPCO e asma), anche attraverso l'utilizzo di test di funzionalità respiratorie, nonché lo sviluppo dell'autogestione della malattia respiratoria;
- il consolidamento delle cure palliative, anche con strutturazione dell'attività ambulatoriale ad integrazione e supporto delle cure domiciliari e dell'ospedalizzazione;
- l'individuazione del corretto *setting* assistenziale e dell'appropriato approccio terapeutico nella gestione dei pazienti affetti da patologie reumatiche, anche alla luce dell'introduzione dei nuovi farmaci ad alto costo in grado di modificarne il decorso;
- lo sviluppo dei *team* della medicina e pediatria di famiglia, sviluppando il ruolo dell'infermiere e del personale di studio, e con gli specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri ed altri operatori del sistema;

d) nell'area ***dell'assistenza al paziente fragile***:

- la diffusione e il consolidamento dei percorsi di ammissioni e di dimissioni protette, supportati da protocolli condivisi tra Ospedale e Territorio;
- il potenziamento dei servizi domiciliari (sanitari e socio-assistenziali) e la loro integrazione con le unità di offerta delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni) pubblici o privati;
- lo sviluppo dell'assistenza intermedia temporanea.

In generale, con la garanzia della presa in carico, il Distretto risponde all'esigenza etico-sociale di accompagnare il cittadino nel complesso percorso assistenziale. È questo un criterio al quale dovranno sempre più uniformarsi le strutture e le procedure distrettuali, dall'accoglienza agli sportelli, alla valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle persone con bisogni complessi, alla definizione e valutazione dei progetti di cura ed assistenza personalizzati.

È, altresì, rilevante coinvolgere gli altri soggetti della Comunità, specie nell'ambito della promozione degli stili di vita poiché una efficace azione richiede il coordinamento di iniziative culturali, programmatiche ed operative: competenze queste che appartengono, si sviluppano e si estrinsecano in diversi settori della società civile ed istituzionale.

3.1.2 Modelli organizzativi dell'assistenza territoriale

L'area della cronicità, in progressiva crescita, è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni sia in considerazione degli impatti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, sia in quanto assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e di risorse. Si avverte, perciò, l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare, in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia.

Per la gestione di questa priorità il sistema veneto si orienta verso un modello di assistenza integrato, le cui dimensioni strategiche sono:

1. l'organizzazione in *team* multiprofessionali composti da vari professionisti sanitari e sociali, strutturata su una chiara divisione del lavoro, fondata sulla pianificazione delle attività e del *follow up*, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi PDTA;
2. l'individuazione di un *case manager* all'interno del *team* multiprofessionale che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con il medico di famiglia e gli specialisti;
3. il supporto all'autocura attraverso cui il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali, coinvolgendo e responsabilizzando il cittadino nelle decisioni che attengono alla propria salute;
4. il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi in grado di seguire il cittadino nel suo percorso assistenziale e nel contatto con tutti i servizi socio-sanitari del Distretto;
5. l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua che rappresentano per il *team* gli strumenti necessari per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
6. il coinvolgimento attivo delle risorse della comunità, stabilendo solidi collegamenti fra organizzazioni sanitarie e comunità locali attraverso programmi di partecipazione (es. la messa a disposizione di strutture, ecc.);
7. la sperimentazione di modelli di intervento e di presa in carico multi professionali che avvalorino l'efficacia dell'approccio integrato biopsicosociale alla persona.

Nella gestione integrata della cronicità il medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente e corresponsabile della presa in carico, in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti, con l'obiettivo di conseguire la migliore adesione ai percorsi assistenziali, nel pieno coinvolgimento dei pazienti stessi. Questo approccio presuppone una medicina di famiglia organizzata e coadiuvata da personale infermieristico, di supporto ed amministrativo, una collaborazione funzionale con gli specialisti territoriali ed ospedalieri, la messa a punto di un sistema informativo integrato.

In particolare rappresentano elementi indispensabili per una corretta ed efficace presa in carico:

- la formalizzazione di PDTA,
- la compilazione dei registri di patologia,
- la tracciabilità del percorso assistenziale,
- la programmazione del *follow up*,
- l'implementazione di percorsi di audit su obiettivi ed indicatori di *outcome* condivisi.

Per rendere operativo il modello di presa in carico della cronicità è necessario implementare in modo diffuso su tutto il territorio regionale le *Medicine di Gruppo Integrate*, forme associative più evolute, esito del perfezionamento e consolidamento dei processi di sperimentazione avviati nel corso degli anni.

Si tratta cioè di radicare stabilmente un modello organizzativo che propone una rimodulazione dell'offerta assistenziale non solo in termini di accessibilità (ampliamento degli orari di apertura degli studi medici), ma anche rispetto al conseguimento di specifici obiettivi di salute.

Le caratteristiche peculiari delle Medicine di Gruppo Integrate sono:

- di essere organizzazioni fondate su un *team* multiprofessionale e multidisciplinare, strutturate sulla definizione dei problemi a cui il *team* stesso deve garantire una risposta. L'integrazione professionale comprende medici di famiglia, avviando forme assistenziali con personale medico dipendente, o con strutture private accreditate, operanti in una sede di riferimento, specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi;
- di rappresentare nodi della rete territoriale, centrati sulla persona, orientati sulla famiglia, inseriti nella Comunità;
- di gestire la presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una definita Comunità;
- di garantire la continuità dell'assistenza nelle sue diverse accezioni (gestionale, informativa, relazionale), assicurando una risposta certa all'assistito nell'arco delle 24 ore, anche attraverso forme di raccordo tra Ospedale-Territorio e con gli altri nodi della rete territoriale;
- di realizzare programmi di prevenzione, erogare prestazioni per il paziente acuto e gestire il paziente cronico, ampliando il ruolo del personale infermieristico nella gestione della cronicità e nelle iniziative promozionali sugli stili di vita;
- di implementare PDTA, basati sull'evidenza scientifica e definiti su protocolli condivisi con tutti gli attori coinvolti, sviluppando la collaborazione consulenziale dello specialista al medico di famiglia, anche tramite il teleconsulto;
- di garantire i LEA, attraverso obiettivi di salute misurabili con indicatori di *outcome* clinico ed organizzativo da definire attraverso i Patti aziendali, finalizzando al meglio le diverse professionalità e valorizzandone il ruolo;
- di essere impegnati nell'integrazione informativa/informatica sia a livello orizzontale (tra i componenti del *team*) sia a livello verticale (con l'Azienda ULSS), implementando un sistema informativo integrato in cui i medici di famiglia alimentano ed utilizzano in modo professionale la cartella informatizzata, supportati da collegamenti con il sistema informativo aziendale nell'accesso alla documentazione sanitaria;

- di integrare le analisi epidemiologiche anche ai fini di valutare il *case mix* della propria popolazione assistita e di supportare l'implementazione di audit interni (tra pari e con le componenti aziendali) e di audit civici, coinvolgendo la Comunità.

Nell'assistenza pediatrica potranno essere sperimentati modelli organizzativi alternativi per garantire il collegamento con il secondo ed il terzo livello assistenziale, nell'ottica di integrare pienamente il pediatra di famiglia nel Distretto e di trattenere i pazienti nell'ambito dell'assistenza territoriale, riducendo gli indici di ospedalizzazione. In particolare si prevede l'estensione dell'attività ambulatoriale nell'arco orario 8.00-20.00, 7 giorni su 7, e l'erogazione di prestazioni ambulatoriali e domiciliari, anche attraverso l'utilizzo di personale medico dipendente o di strutture private accreditate. Questo modello intende configurarsi come un nodo della rete territoriale rivolto ad un bacino di popolazione definito (es. ambito distrettuale), ad accesso libero, sebbene filtrato attraverso una centrale operativa che garantisca la ricezione delle istanze ed il costante collegamento con i pediatri per assicurare la continuità dell'assistenza.

L'estensione delle Medicine di Gruppo Integrate vuole garantire l'uniformità assistenziale a tutti gli assistiti del Veneto e superare differenze territoriali ed organizzative. La sostenibilità economica resta, peraltro, il cardine per sviluppare questi nuovi modelli organizzativi.

Più in generale sarà necessario prevedere una maggiore omogeneizzazione dei Patti aziendali con la Medicina Convenzionata, con riferimento ai contenuti ed ai relativi sistemi premianti, ferme restando le specificità territoriali. Ciò presuppone l'avvio di un'azione strutturata di coordinamento regionale in grado di definire criteri uniformi di individuazione degli obiettivi, sia assistenziali che economici, nella prospettiva di garantirne l'autosostenibilità attraverso l'appropriatezza prescrittiva.

Sono, infine, auspicabili a livello locale, accordi con le Amministrazioni Locali e con altre istituzioni pubbliche e private per favorire la messa a disposizione di strutture che permettano la realizzazione di questi modelli organizzativi.

3.1.3 La filiera dell'assistenza territoriale

I mutamenti della struttura familiare, dei bisogni della popolazione e la diffusione del ricorso da parte delle famiglie ad assistenti familiari, richiedono un profondo ripensamento dell'articolazione della rete assistenziale secondo un sistema di cure graduali nell'ambito del Distretto, fondato su azioni coordinate ed in stretta sinergia.

Più in dettaglio la filiera dell'assistenza territoriale deve assicurare:

- l'assistenza primaria,
- le cure domiciliari,
- l'assistenza specialistica e le cure palliative,
- l'assistenza semiresidenziale e residenziale,
- l'assistenza in strutture di ricovero intermedie.

Questi livelli assistenziali vengono garantiti attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale ossia attraverso i servizi distrettuali, la Medicina di Gruppo Integrata, le strutture residenziali (Centri di Servizio), l'Unità Riabilitativa Territoriale, l'Ospedale di Comunità, i servizi domiciliari comunali.

Al Distretto afferisce la gestione operativa di tutti questi nodi in un'ottica di rete assistenziale atta a realizzare risposte modulate ai diversi bisogni.

L'erogazione efficace degli interventi presuppone una considerazione globale dei bisogni della persona e della sua famiglia, realizzata di norma attraverso l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale (UVMD), che assicura:

- la valutazione multidimensionale dei bisogni della persona nella sua complessità;
- la definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato, compatibile con le risorse a disposizione, nel quale vengono individuate le responsabilità dei soggetti e delle strutture coinvolte;
- la presa in carico multiprofessionale;
- la valutazione sistematica degli interventi e degli esiti assistenziali attesi.

Attraverso la definizione della natura e dell'intensità dell'intervento assistenziale, l'UVMD promuove ed assicura la continuità dell'assistenza tra le diverse articolazioni della rete dei servizi, sviluppando, anche attraverso appositi protocolli operativi, l'integrazione tra servizi distrettuali, presidi ospedalieri, servizi domiciliari comunali, servizi residenziali e semiresidenziali e, laddove organizzati, servizi svolti dal volontariato.

Assistenza primaria

L'evoluzione delle forme associative della medicina di famiglia in Medicine di Gruppo Integrate costituisce il fulcro su cui viene a riorganizzarsi l'intero assetto dell'assistenza territoriale, che si sviluppa attraverso una rete diffusa e qualificata quale interconnessione di nodi organizzativi multiprofessionali. Le Medicine di Gruppo Integrate vengono, dunque, a rappresentare punti di riferimento certi per l'assistito, garanti della continuità dell'assistenza dal punto di vista relazionale, gestionale ed informativo, consolidando la piena integrazione nel Distretto della Medicina Convenzionata.

Assistenza sociale

Per perseguire l'obiettivo salute del cittadino il Distretto deve garantire interventi di natura sociale a forte integrazione con quelli sanitari. L'assistenza sociale, quale livello essenziale, deve essere garantita dall'organizzazione dei servizi attraverso adeguate posizioni funzionali. Compito dell'assistente sociale è quello di svolgere un ruolo di regia dei processi di integrazione socio-assistenziale facendosi promotore di strategie, di razionalizzazione e di coordinamento fra l'area sanitaria e quella socio-assistenziale in un'ottica di raccordo anche con le altre realtà territoriali del terzo settore e del volontariato. Il mandato del servizio sociale professionale in sanità è quello di "attivare e prendersi cura delle reti di sostegno per favorire i processi di integrazione sia interna all'azienda (ospedale-territorio) che esterna (EELL, privato convenzionato/accreditato, terzo e quarto settore). La presa in carico della persona/famiglia deve essere effettuata

nel suo territorio (distretto socio-sanitario): la persona con il sostegno dei servizi e della rete familiare e sociale in cui è inserita potrà così attivare ogni risorsa utile in riferimento al concetto di empowerment”.

Cure domiciliari

Posto come obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante il favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio, diventa strategico lo sviluppo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale.

Nello specifico vengono individuate le seguenti linee di indirizzo:

- lo sviluppo pianificato, in maniera omogenea a livello regionale, di modelli che garantiscano la continuità dell’assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo del *case manager* (infermieristico) quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia nell’attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato;
- l’implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di centrali operative come punti di ricezione delle istanze, di coordinamento delle risposte e di gestione dei trasferimenti dall’Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette), nonché di costante collegamento con i medici di famiglia. In particolare l’assistenza infermieristica distrettuale, rientrando tra i livelli di assistenza che devono essere salvaguardati, dovrà essere assicurata nelle 24 ore, 7 giorni su 7;
- lo sviluppo della radiologia a domicilio al fine di supportare l’attività di diagnosi e cura, nell’ottica di facilitare l’accesso ai servizi e di migliorare l’umanizzazione dell’assistenza;
- il raggiungimento di una piena integrazione informativa e gestionale tra assistenza domiciliare sanitaria e sociale, coinvolgendo i Comuni nell’ottica di realizzare gradualmente un Servizio Assistenziale Domiciliare 7 giorni su 7 e, quindi, offrire una continuità di risposta;
- il consolidamento della informatizzazione delle cure domiciliari allo scopo di rispondere alle esigenze assistenziali, gestionali e valutative.

Assistenza specialistica e Cure Palliative

L’assistenza specialistica è una funzione fondamentale governata dal Distretto e collocata in maniera trasversale ai diversi nodi della rete assistenziale territoriale, supporto necessario all’attività del medico di famiglia, erogata anche nell’ambito degli interventi domiciliari, presso strutture di ricovero intermedie e presso le strutture residenziali (Centri di Servizio).

Lo specialista territoriale, sia esso specialista ambulatoriale interno che dipendente, potrà operare presso le sedi distrettuali (anche organizzato in Centri Polispecialistici Territoriali) ed anche presso le sedi delle Medicine di Gruppo Integrate, venendo in ogni caso a configurarsi come consulente di riferimento per la medicina di famiglia, sviluppando una relazione di confronto e di discussione sui casi finalizzata ad accrescere le competenze reciproche, impiegando anche il teleconsulto ed operando sulla base di PDTA condivisi. Il sistema informativo dovrà supportare le diverse fasi del

PDTA del singolo paziente e costituire garanzia di integrazione informativa e di continuità dell'assistenza. Per questo sarà necessario sviluppare il collegamento in rete con i medici di famiglia e con le strutture distrettuali ed ospedaliere.

L'attività specialistica erogata dal privato accreditato dovrà integrarsi pienamente nel sistema e svolgere una funzione di supporto, rispondendo a criteri di qualità e di appropriatezza, nell'ottica di implementare una rete complessiva di accesso alle prestazioni.

Particolarmente importante è l'ambito delle cure palliative per l'assistenza ai malati in fase terminale di ogni malattia cronica ed evolutiva, che devono essere presi in carico dal Distretto, assicurando al medico di famiglia il supporto delle professionalità necessarie.

L'attenzione alla prossimità al decesso, oltre ad assumere un valore etico, rappresenta un fattore decisivo nel determinare l'ospedalizzazione e gli stessi costi dell'assistenza sanitaria e richiede un'organizzazione per processi in grado di superare la frammentazione degli interventi e l'agire settoriale.

In questo ambito le cure palliative sono erogate prevalentemente a domicilio, ma anche in posti letto dedicati presso gli Hospice, gli Ospedali di Comunità o nelle strutture residenziali (Centri di Servizio), nell'intento di rendere più appropriato il ricorso al ricovero ospedaliero e garantire al malato ed alla sua famiglia le professionalità e gli ambiti assistenziali coerenti con i bisogni.

Al fine di garantire l'uniformità assistenziale su tutto il territorio regionale, si conferma e si rafforza l'applicazione della L.R. n.7/2009, prevedendo una evoluzione dei suoi contenuti anche alla luce dei recenti indirizzi ministeriali.

Le Aziende ULSS garantiscono l'offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale attraverso l'unità operativa Cure Palliative, a cui afferiscono tutti i malati candidati a palliazione, verso i quali svolge attività di gestione e programmazione del percorso, garantendo la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee.

Viene, altresì, istituito un Nucleo, specificatamente dedicato, che rappresenta una organizzazione funzionale composta da: medici di famiglia, medici palliativisti, infermieri, psicologi, medici di continuità assistenziale, ai quali si aggiungono altre professionalità socio-sanitarie (es. assistenti sociali, terapisti della riabilitazione, dietisti, ecc.). A supporto dell'azione clinica ed assistenziale vanno favorite, ove possibile, convenzioni con le associazioni di volontariato che in questo ambito rappresentano un elemento importante per supportare sia la famiglia che l'attività del nucleo stesso.

Questo modello organizzativo deve essere in grado di:

- offrire al malato la possibilità di compiere il proprio percorso assistenziale nelle migliori condizioni organizzative possibili, riducendo tempi e spostamenti, individuando i professionisti di riferimento per la specifica fase di presa in carico;
- applicare e monitorare i PDTA specifici e condivisi anche con l'Ospedale, al fine di trasferire appropriatamente i malati candidati a cure palliative dalle competenze ospedaliere a quelle distrettuali;

- assicurare la continuità dell'assistenza h24, 7gg./7, avvalendosi anche di una centrale operativa in grado di accogliere le richieste dei pazienti e dei professionisti in qualsiasi momento del percorso assistenziale e di coordinare le risposte;
- garantire le cure palliative anche ai malati non oncologici.

È obiettivo regionale consolidare questo modello, proseguendo secondo una strategia integrata che individui un programma complessivo di assistenza sanitaria e socio-sanitaria in grado di coniugare appropriatezza degli interventi, sostenibilità economica ed attenzione alla centralità della persona.

La programmazione regionale individua, inoltre, come obiettivi strategici:

- il riconoscimento delle cure palliative come tematica di rilevanza nei percorsi di formazione;
- la ricerca di una coerenza prescrittiva verso i farmaci a maggiore efficacia antalgica con particolare attenzione all'uso di oppioidi in ogni condizione di dolore;
- il consolidamento, in ciascuna realtà aziendale, della compilazione del registro di malati in cure palliative, quale strumento di supporto organizzativo per la presa in carico tempestiva ed appropriata, nonché quale strumento di monitoraggio per la valutazione di indicatori di processo e di esito;
- l'implementazione, in ciascuna realtà aziendale, di diari informatizzati per l'aggiornamento del percorso assistenziale da parte di tutti gli operatori coinvolti, garantendo adeguamenti tempestivi in funzione di bisogni emergenti del malato e supportando la programmazione ed il coordinamento delle attività con gli altri nodi della rete;
- il consolidamento del coordinamento regionale per la valutazione sistematica di obiettivi di appropriatezza clinica ed organizzativa nell'ambito delle cure palliative.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

L'assistenza residenziale e semiresidenziale svolta dai Centri di Servizio e dai Centri Diurni, oltre ad essere di fondamentale supporto ai processi di continuità Ospedale-Territorio, rappresenta per alcune tipologie di utenti l'unica vera risposta ai bisogni socio-sanitari. Casi relativamente complessi e per i quali non sia possibile un progetto domiciliare possono essere di fatto assistiti solo in condizioni di lungo-assistenza residenziale, siano essi anziani, disabili o persone affette da malattie psichiatriche.

Peraltro a fronte degli attuali *trend* demografici (con incremento notevole dell'aspettativa di vita, delle malattie croniche e delle situazioni di invalidità) e delle modifiche strutturali e compositive della famiglia, il patrimonio rappresentato dalle strutture residenziali (Centri di Servizio) va preservato ed adattato gradualmente alle nuove necessità, nel rispetto di standard strutturali, organizzativi e professionali.

Sempre più sono strutture polivalenti, flessibili, distribuite nel territorio ed integrate con le Aziende ULSS, con i Comuni e, più in generale, con le comunità locali. Non si tratta di una integrazione formale od occasionale (l'UVMD per l'ingresso e la costituzione di una lista unica di attesa per Azienda ULSS rappresentano già dei significativi passi in avanti), ma di una integrazione organizzativa e professionale, che cresce con l'aumentare della complessità dell'utenza assistita: la gestione delle presenze e dei ricoveri, la scheda terapia, le richieste di accertamenti, il collegamento con la Continuità

Assistenziale, il ruolo del medico di famiglia all'interno della struttura, il ruolo del coordinatore, l'integrazione delle professionalità infermieristiche e della riabilitazione, il ruolo del personale addetto all'assistenza sociale e socio-sanitaria.

A fronte di queste considerazioni si prefigurano come scelte strategiche della programmazione regionale:

- il potenziamento ed il consolidamento dell'integrazione funzionale delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni) con i servizi distrettuali, ricercando in ciascun territorio un corretto rapporto tra gli standard di offerta dell'assistenza domiciliare e l'offerta di servizi residenziali e semiresidenziali;
- la rivisitazione dell'assistenza medica all'interno delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni);
- la rimodulazione delle unità di offerta, sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare progressivamente gli standard previsti dalla L.R. n.22/2002 alle esigenze assistenziali ed alla sostenibilità economica del sistema. Si sottolinea a questo proposito come l'accreditamento debba rappresentare un percorso a carattere dinamico, che preveda valutazioni periodiche sia in ordine alla qualità degli interventi erogati, sia rispetto alla loro effettiva necessità a fronte del mutare dei fabbisogni e della domanda di interventi sociali e socio-sanitari. In quest'ottica i manuali di accreditamento devono prospettarsi come variabili nel tempo in modo da adeguarsi alle modificazioni dei fabbisogni assistenziali.

Particolare attenzione verrà data anche alle unità di offerta per stati vegetativi persistenti e di minima coscienza al fine di garantire una più organica, innovativa ed elevata risposta alle necessità sia delle persone ospiti sia delle famiglie fortemente provate da questi eventi.

La residenzialità sarà oggetto di un atto di programmazione regionale al quale si dovranno adeguare i Piani di Zona al fine di rendere equo l'accesso ai servizi su tutto il territorio regionale.

Assistenza in strutture di ricovero intermedie

Si configura come obiettivo strategico regionale lo sviluppo dell'assistenza intermedia, attivando strutture di ricovero temporaneo in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione. Posta, infatti, come scelta da privilegiare il mantenimento del paziente al proprio domicilio, qualora lo stato di salute ed il contesto familiare non lo consentano, l'inserimento in queste strutture può rappresentare l'alternativa comunque temporanea.

In tale ambito si individuano, in particolare, due specifiche unità di offerta.

- Ospedale di Comunità

Per Ospedale di comunità si intende una struttura di ricovero intermedia, inserita nella rete dei servizi dell'assistenza territoriale, con una dotazione minima di 15 posti letto, rivolta:

- a malati affetti da patologie croniche che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari e che non possono essere efficacemente seguiti a domicilio;
- a persone che, a seguito di malattie acute o evolutive, necessitano di terapie difficilmente erogabili a domicilio;
- a malati che abbisognano temporaneamente di cure palliative e che non possono essere adeguatamente seguiti a domicilio.

Si caratterizza per un ricovero di breve durata (indicativamente di 30 giorni), senza alcuna compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

La gestione clinica di ogni singolo paziente è affidata alla medicina di famiglia, la responsabilità organizzativa gestionale ad un medico coordinatore individuato dal Direttore della funzione territoriale.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'UVMD definisce, entro 7 giorni, il Progetto Assistenziale Individualizzato.

L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di continuità assistenziale e dai medici di famiglia. Presso l'Ospedale di comunità potrà trovare collocazione anche una delle sedi della Continuità Assistenziale.

La puntuale definizione dei criteri sopra esposti, relativamente all'attivazione di tali strutture e per i moduli assistenziali, avverrà con linee guida regionali che terranno conto delle realtà assistenziali nei diversi contesti di riferimento. Ciò determinerà anche una valutazione dei costi e delle modalità per la loro copertura.

In riferimento alla revisione della L.R. n.22/2002, andranno definiti i requisiti minimi di autorizzazione e di accreditamento di tale struttura per l'esercizio dell'attività specifica.

Ciascuna Azienda ULSS definirà, conformemente agli indirizzi regionali, un proprio regolamento di Ospedale di comunità.

Posto che il modello organizzativo prevede l'afferenza dell'Ospedale di comunità al Distretto, la sua sede fisica potrà essere opportunamente allocata anche presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali (Centri di Servizio).

Rappresenta, pertanto, un obiettivo della programmazione regionale l'estensione graduale della rete degli Ospedali di comunità su tutto il territorio regionale, secondo modelli funzionali alle caratteristiche locali ed ai bisogni emergenti.

- Unità Riabilitativa Territoriale (URT)

La URT è una struttura di ricovero intermedia i cui obiettivi assistenziali si esplicano in:

- assistenza socio-sanitaria di base ed assistenza sanitaria specialistica eventualmente necessaria;
- conservazione dello stato di equilibrio raggiunto, compatibile con l'eventuale menomazione rimasta, per prevenire aggravamenti e decadimento funzionale;
- riabilitazione globale dell'autonomia psico-fisica con lo scopo di ottenere un recupero mirato al rientro al domicilio.

Si caratterizza per un ricovero di media durata (indicativamente di 60 giorni), con relativa compartecipazione alla spesa, relativa alla quota alberghiera, da parte dell'assistito nella misura definita da specifici provvedimenti regionali.

L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico e dagli operatori socio-sanitari, oltre che da una adeguata assistenza medica.

Posto che il modello organizzativo prevede l'afferenza della URT al Distretto, la sua sede fisica potrà essere opportunamente allocata anche presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali (Centri di Servizio).

Rappresenta, pertanto, un obiettivo della programmazione regionale la valorizzazione del ruolo della URT nella rete assistenziale territoriale, al fine di evitare una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, in particolare per la persona anziana, favorendo invece il rientro al domicilio.

I capisaldi della filiera dell'assistenza territoriale

Rappresentano elementi strategici ed azioni di supporto per rendere più efficace ed efficiente la filiera:

- la valorizzazione del ruolo dell'assistenza domiciliare, della specialistica e delle cure palliative quali servizi gestiti dal Distretto e collocati in maniera trasversale alla filiera dell'assistenza, ossia quali elementi fondamentali a supporto dell'attività delle Medicine di Gruppo Integrate, delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni), nell'ottica di rendere completo il percorso assistenziale nei suoi diversi passaggi;
- la formalizzazione dell'integrazione tra Ospedale e Territorio finalizzata ad una presa in carico continuativa, attraverso l'istituzione in ciascuna Azienda ULSS di un Coordinamento per la pianificazione e l'organizzazione delle attività relative alla gestione del paziente dall'Ospedale al Territorio e dal Territorio all'Ospedale, definendo i protocolli operativi. Sono membri del Coordinamento: il responsabile dell'unità operativa disabilità, il Direttore della funzione territoriale, il responsabile dell'unità operativa Cure primarie, il responsabile dell'unità operativa Infanzia, Adolescenza e Famiglia, il Direttore della funzione ospedaliera, il responsabile della funzione sanitaria nelle strutture per non autosufficienti, il responsabile delle professioni sanitarie, un farmacista, un assistente sociale, un medico ed un pediatra di famiglia, uno specialista ambulatoriale interno, nominati dai rispettivi comitati aziendali e comitato zonale. L'UVMD rimane lo strumento di definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato che concretizza anche gli indirizzi elaborati dall'organismo di coordinamento;
- l'adeguamento e la qualificazione delle professionalità, anche attraverso la formazione continua, al fine di ampliare la cultura del lavoro in *team*

multiprofessionali e di adottare modelli di lavoro a rete. Nello specifico si prevede lo sviluppo delle professioni sanitarie con valorizzazione della figura dell'infermiere, anche attraverso l'attribuzione di ruoli gestionali. Per una efficace e razionale organizzazione, gestione ed integrazione degli infermieri nel *team* multiprofessionale, il Direttore della funzione territoriale si avvarrà del supporto di un responsabile infermieristico che:

- partecipi alla programmazione delle attività distrettuali,
- supporti l'implementazione di modelli assistenziali innovativi coerenti con la metodologia del *nursing case management*,
- supporti le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali.

In particolare viene considerata strategica la funzione di *case manager* per realizzare la continuità ed il coordinamento dell'assistenza.

Infine si sottolinea come il significativo investimento richiesto per lo sviluppo della filiera territoriale trova risorse, da un lato, nella riconversione di strutture ospedaliere riconvertite e, dall'altro, nella riallocazione funzionale del personale ospedaliero e delle corrispondenti risorse nei servizi territoriali. Questo affinché possa essere garantito un percorso assistenziale al cittadino senza soluzione di continuità.

3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Ospedale viene identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la gestione della cronicità viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale: ciò richiede, da un lato, di rilanciare la funzione ospedaliera e, dall'altro, di consolidare un modello organizzativo efficace sul territorio.

A questo proposito si enucleano alcuni elementi di criticità:

- la gestione di alcune patologie croniche è ancora imperniata sull'Ospedale, evidenziando percorsi assistenziali spesso frammentati che meglio potrebbero trovare risposta con altre modalità organizzative;
- la dotazione di posti letto per gli acuti non è del tutto allineata con gli attuali bisogni della popolazione, in particolare perché oggi è possibile utilizzare differenti e innovativi approcci alla gestione delle patologie, con conseguente progressiva riduzione della ospedalizzazione;
- l'organizzazione dipartimentale negli Ospedali è prevalentemente orientata ad una maggiore attenzione ai percorsi intra ed interospedalieri rispetto a quelli transmurali (Ospedale-Territorio), dando origine ad una presa in carico del paziente in molti casi parziale ed incompleta;
- l'impatto del processo di organizzazione dell'Ospedale tramite i dipartimenti strutturali non ha garantito i risultati attesi in termini di razionalizzazione ed efficacia nell'utilizzo delle risorse umane e strumentali affidate;
- le apparecchiature e le tecnologie, anche molto sofisticate, sono talvolta utilizzate per dare risposta a richieste di bassa complessità, evidenziando un rapporto costo-beneficio non ottimale;
- il sistema informativo-informatico e l'informatica clinica non sono sufficientemente coordinati nell'ambito dei diversi livelli della rete assistenziale;
- la prevedibile carenza di professionisti medici alla luce dei cambiamenti demografici e socio-epidemiologici.

Per dare risposta a tutti i potenziali e crescenti bisogni di salute e per una gestione ottimale delle cure e delle risorse, l'assistenza erogata in ambito ospedaliero va dunque inserita in un sistema di offerta strutturato secondo una logica di rete.

Il Patto per la Salute 2010-2012 conferma la valenza dello spostamento del baricentro dall'Ospedale al Territorio come scelta strategica: l'Ospedale è sempre più chiamato ad erogare prestazioni di alta complessità nella fase acuta della patologia.

Il Patto indirizza, inoltre, ogni realtà regionale a ridefinire il proprio assetto della rete ospedaliera: il processo di riprogrammazione dei posti letto per acuti e la qualificazione dei posti letto per riabilitazione, sia intensiva che estensiva, rappresenta l'occasione per qualificare il ruolo dei singoli presidi in una logica di rete coordinata, secondo modelli *hub & spoke*.

I criteri che sottostanno all'idea progettuale delle reti ospedaliere si possono così enucleare:

- miglioramento dell'accesso alle cure per le prestazioni di bassa e media complessità;
- garanzia di una adeguata risposta al fabbisogno di cure ad alta ed altissima specializzazione, migliorando la qualità e la sicurezza delle prestazioni;
- riduzione o eliminazione delle duplicazioni e ridondanze nei servizi, in particolare in quelli ad elevata specializzazione e complessità;
- garanzia di una migliore allocazione delle tecnologie;
- promozione di un maggiore utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini delle Aziende ULSS, Ospedaliere e IOV;
- valorizzazione delle vocazioni distintive o di eccellenza dei servizi sanitari al fine di (ri)allocare risorse integrative;
- promozione della crescita professionale e scientifica supportando gli scambi culturali tra i diversi punti della rete ospedaliera e territoriale.

3.2.1 La rete ospedaliera su due livelli

L'Ospedale per acuti è definito come la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero relative a pazienti con patologie in fase acuta o nell'immediata fase post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure.

Nell'Ospedale per acuti vengono collocate anche attività di riabilitazione e le attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello, la cui erogazione sia legata o ad attività di monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o ad esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità.

Per garantire sicurezza e qualità delle prestazioni, continuità dell'assistenza e sostenibilità economica si intende definire un modello di rete ospedaliera strutturato su due livelli in base a:

- intensità e complessità delle cure erogate;
- presenza e tipologia di specialità e di funzioni di emergenza;
- ruolo svolto nella ricerca, nello sviluppo dell'innovazione e nella formazione del personale del SSSR.

Di seguito si definiscono i due livelli a seconda delle funzioni da garantire all'interno della rete.

- Ospedali di riferimento provinciale. Devono disporre di specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento, prevedere la presenza di alte specialità per un territorio più ampio, costituendo centri *hub* a livello sovra-aziendale.
Le Aziende Ospedaliere di Verona e di Padova, oltre ad essere hub per le province di riferimento, costituiscono centri di riferimento regionale per alcune funzioni (es. per l'emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica) determinate dalla programmazione regionale, nonché rappresentano centri di eccellenza e devono essere punti di riferimento a livello nazionale.

Le alte specialità e le alte tecnologie saranno allocate con riferimento ad un bacino di circa 1.000.000 di abitanti, valutando le aree a bassa densità abitativa.

Sarà garantito a livello provinciale un servizio di emodinamica h24.

- Presidi ospedalieri di rete con bacino di circa 200.000 abitanti, tenuto conto delle aree a bassa densità abitativa. Hanno dotazione minima composta da pronto soccorso e specialità di base e di media complessità (chirurgia generale, medicina interna, oncologia, cardiologia con utic, ostetricia-ginecologia, pediatria, ortopedia, terapia intensiva, neurologia, urologia, psichiatria, geriatria), servizi di diagnosi e cura (laboratorio, anatomia patologica, radiologia, dialisi) assicurati in “rete” con il precedente livello, costituendo centri *spoke*. Saranno, inoltre, previsti posti letto di gastroenterologia dedicati alle urgenze.

Le specialità di otorinolaringoiatria e di oculistica avranno di norma dimensione sovraziendale.

Il presidio ospedaliero può articolarsi su più sedi; all'interno del presidio ospedaliero di una Azienda ULSS ci dovrà essere almeno una struttura preposta a gestire l'emergenza con adeguate modalità e dotazioni organiche.

L'ospedale di Venezia è un ospedale di rete.

Avranno un riconoscimento gli Ospedali di rete, punti di riferimento extraregionale, a seguito di specifici accordi tra Regioni. Si incentivano questi modelli per gli ospedali pubblici delle aree di confine, così come avvenuto a Feltre.

Lo IOV-IRCCS costituisce centro regionale di supporto e di coordinamento alla rete oncologica regionale.

Oltre ai due livelli sopradescritti sono previste strutture per acuti integrative della rete anche ad indirizzo monospecialistico, denominate “Ospedali nodi della rete”, che potranno avere il servizio di emergenza-urgenza. Per gli Ospedali monospecialistici si potranno prevedere forme gestionali anche di diritto privato.

Gli ambiti di integrazione verticale tra i due livelli riguardano principalmente la gestione della rete di emergenza-urgenza, l'erogazione di prestazioni specialistiche a vario grado di complessità in un contesto di reti cliniche, con particolare attenzione ad una efficiente organizzazione del *back transport* (rientro nella struttura di riferimento).

Gli ambiti di integrazione orizzontale devono essere sviluppati anche favorendo l'integrazione con il livello di assistenza territoriale ed i collegamenti funzionali con le strutture residenziali.

Gli ambiti di integrazione Ospedale-Territorio devono essere sviluppati al fine di garantire una corretta presa in carico del paziente.

Lo sviluppo di reti cliniche (es. per la terapia del dolore, l'emergenza neonatale, le grandi ustioni, i trapianti, i tumori rari, ictus, infarto, centri di radioterapia) comporta la revisione della rete ospedaliera sulla base quantitativa e qualitativa rispetto alle singole funzioni assistenziali, a garanzia degli standard minimi prestazionali per operatore e per

la sicurezza dei pazienti. Richiede, inoltre, che tutti gli Ospedali siano collegati funzionalmente, anche comportando il collocamento di alcune specialità chirurgiche e/o di procedure diagnostiche ed interventistiche in sole specifiche realtà.

3.2.2 Modelli organizzativi gestionali

All'interno delle singole Aziende la funzione di Presidio ospedaliero per acuti può essere garantita su più sedi, che però devono rispondere a requisiti minimi di sicurezza ed a standard assistenziali ed organizzativi in conformità alla L.R. n. 22/2002, garantendo volumi di attività adeguati.

Si individuano i seguenti indirizzi strategici.

- L'attività di degenza va gradualmente organizzata in forma dipartimentale tenendo conto dell'intensità dell'assistenza e dell'intensità di cura.
- Lo sviluppo e l'estensione di nuovi modelli di organizzazione delle degenze basati su moduli dedicati all'assistenza diurna e settimanale (*week surgery*) per alcune discipline chirurgiche. Questa riconversione produttiva induce al contempo un aumento della complessità assistenziale e della gravità clinica dei pazienti ricoverati in regime ordinario, richiedendo modificazioni nelle competenze di tutti i professionisti, cambiamenti significativi nell'organizzazione del lavoro, modificazioni del ruolo delle diverse professionalità e specializzazioni professionali.
- Il consolidamento del percorso già avviato di trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, nonché lo sviluppo di modelli organizzativi specifici per l'erogazione di attività ambulatoriali complesse, basati su moduli di *day service*, che prevedono la permanenza del singolo paziente da 3 a 8-12 ore, finalizzati all'erogazione di:
 - sequenze complesse di prestazioni diagnostiche concentrate in un unico accesso;
 - prestazioni terapeutiche che richiedono un ambiente protetto (es. trasfusioni, ecc.);
 - prestazioni ambulatoriali a pazienti non collaboranti (es. pazienti psichiatrici, dementi, disabili, allettati, istituzionalizzati).

Peraltro l'ottica di un Ospedale in cui il paziente permane per il tempo strettamente necessario alla cura nella fase acuta, induce fortemente a ripensare la rete complessiva di assistenza nelle sue componenti ospedaliere e territoriali, richiedendo:

- il riconoscimento dell'Ospedale come una parte del percorso assistenziale che deve raccordarsi con le strutture e le modalità operative dell'assistenza territoriale di riferimento, al fine di garantire al cittadino la continuità assistenziale. Pertanto andrà confermato e rafforzato il modello di organizzazione e gestione dipartimentale dei percorsi clinici;
- la valorizzazione delle competenze in termini organizzativi e della relativa responsabilità del personale infermieristico, tecnico-sanitario, della riabilitazione e della prevenzione, eventualmente coinvolgendo i servizi sociali qualora necessario,

- nonché della professione ostetrica, anche con assunzione di ruoli gestionali all'interno del percorso ospedaliero;
- lo sviluppo di una rete informatica e telematica di collegamento all'interno della stessa struttura ospedaliera, tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio, l'implementazione della cartella clinica integrata, lo sviluppo di una rete di telemedicina volta a favorire il trasferimento di informazioni sanitarie, la centralizzazione di alcune attività diagnostiche e la conseguente facilitazione nell'attivazione del fascicolo socio-sanitario individuale. La rete telematica favorisce così la concentrazione delle attrezzature diagnostiche in alcuni punti, garantendo anche in periferia le prestazioni senza la presenza di tecnologia in loco. Il processo di assistenza infermieristica, sia ospedaliera sia dei servizi territoriali e la gestione delle relative risorse afferisce al responsabile del Servizio delle professioni sanitarie non mediche, ai sensi della L. n. 251 del 2000.

L'acquisizione e la collocazione delle grandi attrezzature e delle tecnologie complesse a rilevante impatto sulle prestazioni e sui costi, utilizzate per finalità assistenziali, devono essere coerenti con il livello assegnato dalla programmazione regionale a ciascuna struttura e sono soggette a preventiva autorizzazione della Giunta Regionale con delibera CR. Per le Aziende Ospedaliere Universitarie e per gli IRCSS l'autorizzazione è prevista anche per le grandi apparecchiature utilizzate parzialmente ai fini di ricerca. Per le attrezzature e le tecnologie ad esclusivo fine di ricerca, che comportino la previsione di costi a carico del SSSR, dovranno essere definiti appositi percorsi al fine di rendere trasparente l'iter di acquisizione, di utilizzo e la struttura dei costi.

Il Presidio ospedaliero, a prescindere dal numero di sedi, è diretto da un Direttore Medico, unico responsabile organizzativo-funzionale dell'intera funzione ospedaliera, il quale è nominato dal Direttore Generale con proprio provvedimento e risponde alla Direzione Generale delle risorse e degli obiettivi assegnati. Più in dettaglio tale dirigente:

- è responsabile dell'intera funzione ospedaliera;
- garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Presidio ospedaliero;
- persegue gli obiettivi di risultato e di attività negoziati in sede di contrattazione di *budget* con la Direzione aziendale mediante le risorse assegnate. Con la medesima metodologia definisce attività, risultati e risorse con le strutture dipartimentali afferenti;
- garantisce la migliore funzionalità dei servizi ospedalieri, favorisce un'adeguata assistenza ospedaliera alle persone nonché la continuità dell'assistenza, operando in stretta interrelazione con il Direttore della funzione territoriale e con il Direttore del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla Direzione Aziendale e del *budget* attribuito alla struttura ospedaliera.

Il Direttore nominato, ai sensi delle procedure previste dall'art. 15 septies D.Lgs. n. 229/1999 e nel rispetto dei requisiti previsti dall'art. 5 del DPR n. 484/1997, rimane in carica tre anni, comunque non oltre i tre mesi dalla cessazione del mandato del Direttore Generale.

3.2.3 Definizione della rete di offerta ospedaliera pubblica e privata

Obiettivi generali

Al fine di rendere omogenei e funzionali i diversi livelli della rete ospedaliera sono individuati i seguenti obiettivi generali:

- adeguamento tendenziale del numero di posti letto ai seguenti standard: 3‰ posti letto per acuti, 0,5‰ posti letto per post acuti, 1,2‰ posti letto per strutture extraospedaliere nella fattispecie strutture di ricovero intermedie. Nel calcolo del fabbisogno di unità operative e di posti letto dovrà essere considerata anche la funzione di riferimento regionale svolta in particolare dalle due Aziende Ospedaliere Universitarie, nonché gli standard per la formazione degli specialisti necessari al SSSR;
- ulteriori posti letto per gli Ospedali di riferimento nazionali;
- contenimento dei tassi di ospedalizzazione a valori inferiori al 140‰;
- tasso di occupazione per i ricoveri del 90% e degenza media dei ricoveri pari a 6 giorni, meglio individuati nei provvedimenti annuali;
- riequilibrio della dotazione e della allocazione delle risorse della rete di assistenza ostetrico-neonatale, in relazione ai cambiamenti demografici in corso ed alle indicazioni della programmazione nazionale;
- informatizzazione e monitoraggio delle liste di attesa dei ricoveri e delle attività chirurgiche.

Individuazione del fabbisogno e della allocazione dei posti letto per acuti

L'individuazione del fabbisogno di posti letto per le singole specialità dovrà rispondere ai seguenti criteri:

- i profili epidemiologici che richiedono il ricorso ai servizi ospedalieri;
- l'evoluzione delle tecnologie biomediche ed organizzative con prospettive di trasferimento dal regime di ricovero all'attività ambulatoriale semplice e complessa;
- i risultati delle attività di valutazione sistematica dell'appropriatezza dei ricoveri.

L'allocazione dei posti letto delle singole specialità per i diversi livelli della rete ospedaliera dovrà rispondere ai seguenti criteri:

- i profili demografici della popolazione;
- la numerosità dei casi trattati, correlabile alla *expertise* acquisita;
- il livello di intensità di cure e di complessità previsto per la struttura.

L'organizzazione dei posti letto, nell'ambito delle diverse unità operative ospedaliere, dovrà rispondere a criteri di:

- allocazione secondo moduli di posti letto che consentono l'utilizzo ottimale delle risorse umane;
- implementazione di modelli organizzativi che consentono di utilizzare le risorse in modo flessibile e compatibile con i livelli di complessità richiesti;
- criteri di efficienza operativa.

Obiettivi specifici riferiti ai livelli della rete ospedaliera

L'assegnazione di alcune funzioni di alta specialità e di alta tecnologia dovrà tener conto di livelli quantitativi specifici relativi ad un bacino di 1.000.000 di abitanti.

Il percorso nascita, sempre nella logica dei livelli assistenziali, dovrà tener conto delle attività e dei servizi di supporto, presenti nella struttura, oltre che del numero di parti/anno.

Sarà, perciò, riorganizzata la rete dei punti nascita con l'obiettivo di pervenire ad una razionalizzazione ed una riduzione progressiva di quei punti nascita che registrano un numero di parti inferiore ai 1.000/anno, fatta eccezione per le zone montane, lagunari o a bassa densità abitativa. A questo proposito si richiama l'accordo "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", recentemente stipulato dalla Conferenza Stato-Regioni. Detto provvedimento esplicita le azioni necessarie per rendere il parto più sicuro, stabilendo direttive complessive riguardo il percorso nascita. Nell'arco di vigenza del presente PSSR sarà definita ed implementata una strategia regionale per dare attuazione a suddetto accordo, ponendo particolare attenzione al potenziamento del Servizio di Trasporto del Neonato Critico (STEN), facente capo alle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona, ed all'attivazione e messa a regime del Sistema di Trasporto Assistito Materno (STAM).

Inoltre per l'area pediatrica si prevede:

- la costituzione di coordinamenti delle unità operative di pediatria (punti nascita, cure intensive, cure chirurgiche, ecc.) affidati agli Ospedali di riferimento provinciale;
- la definizione di reti regionali (gestione emergenze, cure intensive, ecc.) con fulcro nelle Aziende Ospedaliere di Verona e di Padova, consolidando le reti già esistenti ad esempio sulla terapia del dolore e cure palliative pediatriche, sulla diagnosi e trattamento del bambino maltrattato, ecc.

Si dovrà, inoltre, assicurare un'organizzazione ospedaliera che consenta di ricoverare i pazienti in aree adeguate per bisogno assistenziale, con particolare attenzione all'area pediatrica.

Individuazione del fabbisogno e della allocazione dei posti letto di riabilitazione

L'individuazione e l'allocazione dei posti letto di lungodegenza e/o riabilitazione andranno definite su scala regionale e l'attribuzione in base al bacino di riferimento dovrà tener conto:

- dei profili epidemiologici e demografici;
- della presenza di strutture specializzate pubbliche o private;
- dei processi di riconversione dei piccoli Ospedali;
- dei processi di integrazione con la rete riabilitativa territoriale;
- della presenza di sperimentazioni gestionali.

Mobilità interregionale

L'analisi della mobilità sanitaria evidenzia un aumento della mobilità passiva nell'ultimo quinquennio; il dato interessa in particolare alcune aree geografiche di confine ed alcune discipline specialistiche come ad esempio l'oncoematologia, l'ortopedia, la riabilitazione in particolare cardiologica.

Ciò pone l'esigenza di:

- ridefinire le azioni tendenti a riqualificare le potenzialità erogative, in particolare nell'ambito delle medie ed alte specialità;
- sviluppare i centri di eccellenza finalizzati a migliorare i livelli quali-quantitativi dell'assistenza ospedaliera, riducendo i disagi legati agli spostamenti dei pazienti;
- definire opportune azioni mirate a ridurre la mobilità passiva;
- definire una coerente politica tariffaria.

Ruolo dell'ospedalità privata accreditata

Gli Ospedali privati accreditati sono chiamati ad essere supporto del sistema, condividendone i principi quali la trasparenza, lo sviluppo della qualità intesa come effettivo miglioramento del processo assistenziale, la ricerca dell'appropriatezza, lo sviluppo di indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa, l'implementazione di una rete complessiva di accesso alle prestazioni. Partecipano alla garanzia dei LEA secondo gli accordi stipulati con le Aziende ULSS di riferimento.

Inoltre il privato accreditato dovrà integrarsi con il sistema informativo pubblico per concorrere alla costruzione del fascicolo socio-sanitario del cittadino: l'obiettivo dell'integrazione con il sistema informativo pubblico costituisce un requisito fondamentale.

L'assistenza ospedaliera privata accreditata, in quanto parte del sistema complessivo e complementare all'offerta pubblica, è soggetta ai percorsi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento, nonché ad acquisire pareri di conformità alla programmazione regionale per l'utilizzo delle grandi tecnologie (CRITE).

L'erogazione dei volumi di attività e delle tipologie di prestazioni è oggetto di specifico accordo con l'Azienda ULSS, sempre conformemente alla programmazione stabilita dalla Giunta Regionale.

La definizione della quota di posti letto per acuti totali e per singola specialità dovrà essere assegnata in regime di accreditamento alla ospedalità privata secondo criteri di:

- coerenza con i livelli gerarchici della rete di offerta definiti nel presente PSSR, tenendo conto anche dell'adeguatezza organizzativa e tecnologica della struttura ospedaliera;
- adeguatezza al fabbisogno stimato della singola Azienda ULSS o area sovra-aziendale;
- piena coerenza con l'offerta della ospedalità pubblica, evitando duplicazioni di funzioni;
- integrazione nelle reti cliniche sovra-aziendali e regionali;
- dimensione e complessità delle strutture (es. Ospedali classificati).

Agli ospedali privati possono essere riconosciute, in sede di applicazione del presente PSSR, particolari funzioni per l'erogazione di prestazioni ad elevato contenuto professionale e tecnologico, ad integrazione dei livelli di cura offerti dalle strutture pubbliche. A tali strutture private accreditate sarà riconosciuta la funzione di "presidio ospedaliero".

Si prevede, infatti, che il ruolo dell'ospitalità privata accreditata possa essere meno generalistico ed assumere, quindi, connotato specialistico su nicchie assistenziali.

Le sperimentazioni gestionali

Anche il modello organizzativo di erogazione di servizi attraverso la gestione mista pubblico-privato (le cosiddette sperimentazioni gestionali, disciplinate con D.Lgs. n. 502/1992) concorre a formare l'offerta di salute rivolta alla popolazione veneta.

Istituite per affiancarsi alle strutture pubbliche e private accreditate al fine di soddisfare le necessità di prevenzione e cura di un ambito territoriale, le sperimentazioni gestionali condotte nel contesto regionale sono, ormai, approdate ad un livello di maturazione (per durata di attività svolta e per casistica trattata) tale da consentire di esprimere un giudizio. Dovranno allo scopo essere valutati sia i risultati economici che ne sono derivati, sia l'effettiva qualità dei servizi offerti alla cittadinanza. Su tali parametri sarà, pertanto, opportuno operare un ripensamento complessivo per le sperimentazioni in corso, riflessione che, sviluppata in un'ottica di rete (anche per quanto concerne il dimensionamento numerico dei posti letto e la loro allocazione) consentirà, alternativamente, di procedere al consolidamento delle stesse, ove le evidenze palesino l'opportunità di una loro prosecuzione oppure, all'abbandono della sperimentazione laddove si ritenga maggiormente utile e possibile il ritorno dell'erogazione delle prestazioni da parte pubblica.

3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio

Le reti cliniche integrate devono rispondere a due principi cardine:

- garantire a tutti i cittadini del Veneto una uguale ed uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie, nel luogo adeguato e con una tempistica adeguata, anche fornendo indicazioni sulle *performance* cliniche delle diverse strutture;
- garantire la sicurezza delle prestazioni al paziente, strettamente correlata alla *expertise* clinica e ad una adeguata organizzazione.

La programmazione regionale individua come obiettivo strategico il consolidamento delle reti già attivate (rete trapianti, ictus-stroke, infarto miocardico, oncologica, attività trasfusionali, malattie rare, rete di emergenza-urgenza pediatrica, rete di emergenza-urgenza gastroenterologica, rete della nutrizione artificiale di cui alla L.R. n.11/1998, terapia del dolore) che andranno opportunamente aggiornate alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche e ad una seria analisi dei costi-efficacia ed efficienza.

In particolare per quanto attiene all'attività dei dipartimenti trasfusionali, la strategia regionale confermata negli anni è di un forte impegno nella raccolta pubblica integrata

con l'attività delle associazioni di volontariato. L'architettura organizzativa attuale va quindi confermata.

Si ritengono, invece, da sviluppare ulteriori reti:

- su nicchie di percorsi chirurgici complessi;
- su procedure di interventistica vascolare centrale e cardiaca valvolare, di trattamenti di radioterapia ad elevate energie e in specifiche sedi anatomiche;
- sulla riabilitazione intensiva neurologica;
- sulle neurolesioni gravi e sul politrauma o trauma complesso;

Si evidenzia, inoltre, la necessità di sviluppare nuovi modelli per la gestione delle malattie immuno-allergiche e per il loro inquadramento epidemiologico. La loro rilevanza epidemiologica impone, infatti, la costituzione di una rete regionale tra le realtà ospedaliere e territoriali attualmente presenti ed una costante interazione con la Medicina di famiglia, riferimento essenziale per la gestione di queste patologie sul territorio e per una loro precisa definizione epidemiologica. Si configura, altresì, rilevante sviluppare una attività coordinata con la rete di emergenza-urgenza per quanto riguarda le reazioni allergiche più severe nell'intento di implementarne uno specifico registro regionale. Questo potrà consentire l'individuazione di PDTA che rendano appropriata ed omogenea l'assistenza sul territorio regionale, ottimizzando l'uso delle risorse. In particolare per l'ambito delle allergie alimentari e dell'evento anafilattico le attività andranno coordinate su tutto il territorio regionale, secondo un modello a rete, garantendo una gestione multi disciplinare del paziente anche nell'ottica di prevenire emergenze anafilattiche e promuovendo l'applicazione di protocolli sulle terapie innovative avanzate.

Sarà, altresì, prevista una rete della medicina dello sport, che garantisca la tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica, anche con la collaborazione della FMSI e del CONI di cui all'articolo 3 della legge regionale 3 agosto 1982, n. 25 riconoscendo inoltre l'efficacia dell'esercizio fisico in ambito preventivo, riabilitativo-terapeutico e nella riduzione di mortalità e morbilità in gruppi di popolazione, nonché terapeutico per gruppi di popolazione con patologie croniche.

Per alcune reti a valenza strategica si ritiene di introdurre alcuni elementi innovativi, a seguito riportati.

Rete emergenza-urgenza

In conformità all'indirizzo programmatico sulla definizione di reti assistenziali, è necessario rivedere il ruolo del pronto soccorso e l'organizzazione del 118, con centrali operative su base provinciale, che dovranno fungere da cerniera con il Territorio, favorendo forme di precoce presa in carico dei pazienti con codice di diagnosi bianchi da parte dell'assistenza territoriale. Quest'ultima dovrà essere organizzata per fornire una risposta per tutto l'arco delle 24 ore. Inoltre, al fine di migliorare l'accessibilità dei pazienti al sistema, si favoriranno modelli organizzativi che prevedono la presenza dei medici di continuità assistenziale presso o in modo contiguo al pronto soccorso per una più appropriata gestione degli accessi.

Più in generale, all'interno dello sviluppo della rete informatica, si prevede di sviluppare, a livello provinciale, una funzione di interconnessione che colleghi le diverse strutture ospedaliere e territoriali mediante una rete informatica e telematica, garantendo l'accesso e la condivisione di informazioni e risorse necessarie al trattamento del paziente in emergenza-urgenza.

Rappresentano, quindi, azioni prioritarie:

- la conoscenza in tempo reale della disponibilità di posti letto di alta specialità e di terapia intensiva a livello provinciale e regionale con riferimento al bisogno di assistenza ed alla disciplina specialistica;
- la definizione e l'applicazione di protocolli condivisi da tutta la rete regionale per il *triage*, il trattamento di specifiche condizioni morbose e gravità clinica ed il monitoraggio degli accessi e dei tempi di attesa nel pronto soccorso;
- un rafforzamento del ruolo del sistema SUEM 118 nei processi di pianificazione, organizzazione e gestione dei percorsi di emergenza;
- la definizione e l'applicazione di percorsi organizzativi finalizzati a:
 - garantire al paziente il miglior trattamento possibile, indipendentemente dalla vicinanza della struttura ospedaliera al luogo dell'intervento;
 - assicurare che ciascuna struttura ospedaliera rispetti il livello assegnato dalla programmazione regionale;
 - garantire le funzioni di *back transport* in base ai protocolli previsti per le reti cliniche delle singole patologie.

Si prevede perciò una evoluzione nella filosofia organizzativa e gestionale della rete SUEM 118 con l'obiettivo di concorrere allo sviluppo dell'organizzazione in rete degli Ospedali, avviando un modello organizzativo che consenta di:

- definire protocolli di rilevanza sovra-aziendale per la gestione del paziente;
- implementare adeguati sistemi informativi;
- monitorare il funzionamento della rete su area provinciale.

È, infine, opportuno che la Regione istituisca una scuola di formazione dedicata al personale addetto alla rete di emergenza-urgenza, nonché per il personale volontario.

Rete clinica dei trapianti

La programmazione regionale, a fronte dei positivi risultati conseguiti, intende confermare l'attuale assetto della rete trapiantologica regionale. Essa si compone di un Coordinamento regionale, collocato presso l'Azienda Ospedaliera di Padova, in virtù sia della dimensione trapiantologica che della posizione baricentrica sul territorio regionale, e di un coordinamento locale per i trapianti, collocato in ciascuna Azienda Sanitaria (Azienda ULSS o Ospedaliera), funzionalmente raggruppati su base provinciale.

Sono poi attivi dieci programmi di trapianto d'organo e tre poli di *banking* tissutale con centralizzazione e distribuzione di tessuti umani. Alcuni servizi di secondo livello (Anatomia e Istologica Patologica, Microbiologia e Virologia, Medicina Legale) sono svolti dalle strutture dell'Azienda Ospedaliera di Padova per l'intera rete regionale.

L'attività formativa in materia è supportata dalla Fondazione per l'Incremento dei Trapianti di Organi e Tessuti (FITOT), mentre l'attività di ricerca e studi di base e transazionali sull'immunità ed il rigetto è svolta dal Consorzio per la Ricerca sui Trapianti (Corit), entrambi collocati a Padova.

Rappresentano, quindi, obiettivi della programmazione regionale:

- il rafforzamento della struttura operativa del Coordinamento Regionale per i Trapianti per consentire, nell'ambito della razionalizzazione delle risorse, di integrare parte delle funzioni attualmente attribuite al Centro Interregionale di Riferimento e compensate dalla Regione;
- la progressiva strutturazione formale e sostanziale dei servizi di supporto necessari all'attività trapiantologica al fine di assicurare, senza interruzione, la copertura nell'arco delle 24 ore di alcune attività (es. tipizzazione dei donatori e dei riceventi);
- il consolidamento dell'organizzazione in reti provinciali dei Coordinamenti Ospedalieri per i Trapianti al fine di aumentarne l'efficacia, nonché lo sviluppo di equipe chirurgiche interaziendali dedicate al prelievo di organi;
- il coinvolgimento di ulteriori unità operative (es. *stroke unit*) nell'identificazione del potenziale donatore per favorire l'aumento delle donazioni;
- il rafforzamento dei programmi di trapianto d'organi "maggiori", ovvero ad elevata numerosità di trapianti anche su scala nazionale, al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse umane e strutturali;
- il potenziamento dei poli di *banking* tissutale mediante specifica strutturazione, anche a fronte della loro rilevanza sul contesto nazionale;
- l'intensificazione delle iniziative volte a mantenere accesa l'attenzione della popolazione in tema di donazione, chiave di volta per il mantenimento degli attuali livelli assistenziali.

Rete di riabilitazione

L'evoluzione epidemiologica, demografica, l'impatto dei traumi da incidenti stradali e lavorativi e lo sviluppo di nuove tecnologie, che consentono il superamento di fasi critiche di patologie ad evoluzione cronica con disabilità acquisita o congenita, determinano un aumento costante del ricorso alle prestazioni di riabilitazione, il cui scopo, secondo il modello *International Classification of Functioning* (ICF), è quello di realizzare tutti gli interventi necessari a far raggiungere alla persona con disabilità le condizioni di massimo livello possibile di "funzionamento" e "partecipazione". L'ICF rappresenta un modello unificante per analizzare la complessità delle condizioni di salute e costruire un profilo del funzionamento, attraverso i suoi tre elementi fondamentali: strutture ed attività corporee, funzionamento, abilità e partecipazione.

Per raggiungere questo obiettivo è necessario l'uso corretto delle risorse a disposizione e pertanto la programmazione regionale prevede lo sviluppo ed il consolidamento di reti riabilitative di tipo orizzontale (intra-aziendali) e di tipo verticale (inter-aziendali) sulla base della complessità della patologia e dell'intensità di prestazioni erogate.

Il modello di base della rete riabilitativa sostanzia il concetto di presa in carico della persona, prevedendo la proposta del Percorso Riabilitativo Unico Integrato che valuta l'appropriatezza dei vari *setting* terapeutici della rete riabilitativa. In tale ambito si inserisce l'elaborazione del Progetto Riabilitativo Individuale, che rappresenta lo strumento specifico per rendere sinergiche le componenti sanitarie e non sanitarie dell'intervento riabilitativo, a cura dell'equipe multiprofessionale definita dal medico specialista in condivisione con gli altri professionisti conformemente ai parametri di menomazione, attività e partecipazione sociale previsti nella ICF, condiviso con la persona disabile ed i suoi *caregiver*. Esso stabilisce le caratteristiche di congruità ed

appropriatezza dei diversi interventi e la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

La gestione di questo modello spetta al Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, quale garante della continuità assistenziale e dell'appropriatezza dell'intervento, ma anche della messa in rete di tutte le strutture pubbliche e private, sviluppando una collaborazione su base provinciale.

Il collegamento tra le diverse strutture dovrà altresì realizzarsi anche dal punto di vista informatico attraverso l'implementazione di una cartella unica informatizzata.

Si rende, pertanto, necessaria una definizione dei vari *setting* riabilitativi intra-aziendali, precisando i criteri ed i requisiti che li contraddistinguono.

Per quanto riguarda la funzione di ricerca e di definizione di linee guida un ruolo di supporto sarà svolto dall'IRCCS Ospedale San Camillo.

La patologia in fase acuta o con riacutizzazione trova risposta in Ospedale, più in dettaglio la degenza riabilitativa si distingue in:

- riabilitazione intensiva: diretta al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili e che prevedono un trattamento riabilitativo omnicomprensivo di almeno 3 ore giornaliere (comprende patologie specifiche ad esempio la riabilitazione post ictus, la neuroriabilitazione, la riabilitazione spinale);
- riabilitazione estensiva: è rivolta a pazienti con potenzialità di recupero funzionale che non possono giovare o sostenere un trattamento riabilitativo intensivo e che richiedono di essere ospedalizzati in quanto affetti da instabilità clinica. L'intervento deve essere inteso di almeno un'ora giornaliera.

La programmazione regionale prevede di destinare alle attività riabilitative ospedaliere un numero di posti letto pari allo 0,5‰ abitanti, ridefinendone la distribuzione territoriale sulla base dei dati epidemiologici (in particolare vanno aumentati i posti letto di riabilitazione estensiva per consentire una tempestiva accoglienza dai reparti per acuti di pazienti non ancora in grado di sottoporsi ad un programma di riabilitazione intensiva). Al contempo sarà destinato alle strutture extraospedaliere (nella fattispecie strutture di ricovero intermedie) un numero complessivo di posti letto pari all'1,2‰ abitanti.

Si prevede, inoltre, un potenziamento delle Unità Spinali unipolari per la lesione del midollo spinale.

Ove non sussista la necessità clinica ed assistenziale continuativa, il trattamento potrà essere erogato con le stesse caratteristiche in *day service*, superando progressivamente il regime *day hospital*.

La patologia stabilizzata trova, invece, risposta nel Territorio attraverso:

- le strutture riabilitative extraospedaliere che garantiscono, senza alcuna compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito, la riabilitazione intensiva;

- le Unità Riabilitative Territoriali che garantiscono, con relativa compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito, la riabilitazione estensiva;
- il trattamento ambulatoriale;
- l'intervento a domicilio: il trattamento riabilitativo vero e proprio sarà limitato ai casi in cui il paziente è impossibilitato ad accedere ai servizi ambulatoriali, mentre il domicilio rappresenta il luogo di conclusione del Progetto Riabilitativo Individuale con interventi quali l'adattamento ambientale e l'addestramento del *caregiver* o del paziente all'utilizzo di ausili e tecnologie riabilitative.

Le strutture deputate ad essere sede di riabilitazione intensiva devono fare riferimento per l'appropriatezza a quanto stabilito dagli atti di indirizzo regionali; per alcune disabilità, in particolare quelle neurologiche, andranno riconsiderati i tempi di degenza rapportandoli ad indicatori di gravità. Analogamente, per i criteri di appropriatezza della riabilitazione estensiva si deve fare riferimento a quanto stabilito dagli atti di indirizzo regionali.

Anche in considerazione dei flussi di mobilità passiva extraregionale si evidenzia la necessità di mettere in rete i Centri regionali che erogano la riabilitazione cardiologica (riabilitazione post-cardiochirurgica e cardiologica tradizionale), secondo criteri di appropriatezza clinica ed organizzativa e di monitoraggio degli esiti.

A tale proposito è prevista l'istituzione di Unità di riabilitazione intensiva per gravi patologie cardiologiche e respiratorie, in stretto raccordo con l'unità operative per acuti, caratterizzate da *team* multidisciplinari dedicati e da strutture logistiche funzionali con dotazione di specifiche tecnologie avanzate, in risposta alla necessità di superamento di fasi critiche di patologie disabilitanti ad evoluzione cronica. La programmazione regionale recepisce queste indicazioni valorizzando quanto già esistente.

È, altresì, prevista l'istituzione di due centri dislocati geograficamente nelle aree orientale ed occidentale della Regione, destinati al *follow up* riabilitativo ed all'ausilio socio-sanitario per i portatori di trapianto cardiaco.

Rete delle malattie rare

La Regione si è dotata di una propria programmazione per la realizzazione della rete di servizi ed interventi a favore delle persone con malattie rare a partire dal 2000, in data precedente all'emanazione del Decreto Ministeriale n. 279/2001, che di fatto ha sancito l'inizio delle politiche nazionali sulle malattie rare e che, ancor oggi, costituisce la norma di riferimento in materia.

A livello regionale, si è progressivamente definita la rete di assistenza per le persone con malattia rara secondo due articolazioni principali: l'una costituita dalla rete dei Centri di eccellenza specifici per macro-gruppi di patologie, l'altra dalle reti multidimensionali dei servizi presenti vicino al luogo di vita delle persone e deputati ad attuare la presa in carico del malato secondo quanto definito dai Centri di eccellenza. Tali due elementi sono stati collegati attraverso uno stesso strumento informativo, avente lo scopo di rendere condivisa l'informazione clinica sul paziente, necessaria per svolgere tutte le attività di *assessment* diagnostico e cura e dare servizi ai pazienti.

A fronte dell'esperienza acquisita si individuano come indirizzi regionali:

- la definizione di protocolli e percorsi clinico-assistenziali al fine di ridurre la disomogeneità di accesso alle cure nel territorio regionale e di razionalizzare l'uso delle risorse secondo il principio dell'evidenza scientifica di efficacia e sicurezza;
- la messa in rete ed il relativo potenziamento delle competenze presenti nel contesto regionale nell'*assessment* diagnostico funzionale dei malati rari e lo sviluppo della cartella clinica informatizzata regionale;
- la sperimentazione di nuove modalità gestionali favorevoli al funzionamento della rete (es. la consulenza a distanza).

Rete oncologica

Il modello di riferimento a cui il progetto si ispira, anche conformemente a quanto previsto dal Piano oncologico nazionale, è quello di un *network* assistenziale riconducibile alle reti *hub & spoke*. Lo IOV-IRCCS è fulcro nella rete oncologica territoriale. Ha funzioni di *hub* per il coordinamento, in stretta sintonia con le Aziende Ospedaliere Universitarie, delle attività di alta specializzazione ed eccellenza e per altre attività condotte per conto delle Aziende ULSS del territorio. Il modello dovrà garantire tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, equità nelle condizioni di accesso e di fruizione, assicurando una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed il controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Pertanto lo IOV-IRCCS:

- assume la funzione di fulcro nello sviluppo e nella verifica dell'applicazione di linee guida;
- in stretta collaborazione con le Università e con le Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento, coordina e promuove le attività formative regionali e la ricerca clinica, biologica e traslazionale;
- studia e monitorizza le aree del Veneto a più alta incidenza di patologie tumorali;
- favorisce il trasferimento dei risultati della ricerca alle attività assistenziali;
- accresce la qualità dell'assistenza ai malati oncologici;
- sperimenta nuovi modelli organizzativi al fine di potenziare e migliorare le relazioni tra le strutture della rete sanitaria;
- garantisce la qualificazione dei professionisti e l'aggiornamento attraverso il potenziamento delle attività di formazione;
- sviluppa ed implementa la collaborazione e lo scambio di conoscenze con altri centri di ricerca e assistenza.

Rete Oncologica pediatrica (su modello della rete oncologica regionale)

Il modello di riferimento a cui il progetto si ispira, è quello di un *network* assistenziale riconducibile alle reti *hub & spoke*.

Il centro di Oncoematologia pediatrica dell'Azienda Ospedaliera di Padova è il fulcro della rete oncologica territoriale.

Ha funzioni di hub per il coordinamento delle attività di alta specializzazione ed eccellenza in stretta sintonia con le altre Aziende Ospedaliere. Il modello garantisce tempestività nella presa in carico dei pazienti, adeguati livelli di cura e di continuità dell'assistenza, assicurando una risposta adeguata al fabbisogno regionale ed al controllo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.

Pertanto il centro di Oncoematologia pediatrica:

- è il cardine nello sviluppo e nella verifica delle applicazioni di linee guida e di protocolli diagnostico-terapeutici nazionali ed internazionali;
- coordina e promuove le attività formative regionali e la ricerca clinica, biologica e traslazionale;
- favorisce il trasferimento dei risultati della ricerca alle attività assistenziali;
- accresce la qualità della assistenza ai malati oncologici;
- sperimenta nuovi modelli organizzativi al fine di potenziare e migliorare le relazioni tra strutture della rete sanitaria regionale;
- garantisce la qualificazione dei professionisti e l'aggiornamento attraverso il potenziamento delle attività di formazione;
- sviluppa e implementa la collaborazione e lo scambio di conoscenze con altri centri di ricerca e formazione nazionali ed internazionali.

Rete della terapia del dolore

La Regione, conformemente a quanto previsto dalla L. n.38/2010, attua e consolida il modello della Terapia del dolore. In quest'ottica è quindi necessario attivare sia delle strutture di primo livello, come gli ambulatori di terapia del dolore (*spoke*), sia strutture di secondo livello, come i centri di terapia del dolore (*hub*) con funzioni di coordinamento degli *spoke*.

La rete *spoke* è indispensabile per attuare una azione di filtro sulla patologia dolorosa e sviluppare un'integrazione fra Territorio e Ospedale; i centri *hub* invece sono necessari per concentrare risorse economiche, competenze specialistiche ed organizzative a cui far afferire il paziente non trattabile negli ambulatori di primo livello.

I centri *hub* per la terapia del dolore si caratterizzano per:

- effettuare la diagnosi del tipo di dolore secondo precisi PDTA condivisi con le altre specialità ed elaborare linee guida a valenza regionale per omogeneizzare l'approccio clinico-assistenziale al paziente con dolore;
- offrire un *panel* di attività interventistiche di alto livello per la terapia del dolore (neuromodulazione);
- ottimizzare le risorse economiche concentrando quelle esistenti per sviluppare strutture organizzative con funzioni medico-chirurgiche multidisciplinari;
- consolidare e coordinare una valutazione sistematica di appropriatezza clinica e scientifica delle attività interventistiche nell'ambito della terapia del dolore;
- mantenere un aggiornamento sulle terapie e sulle tecniche invasive secondo criteri di *Evidence Based Medicine* (EBM) e di collaborazione con altri centri nazionali ed esteri;

- implementare un percorso di ricerca scientifica, di formazione e di aggiornamento sul dolore;
- coordinare e dare indirizzi sull'attività della rete territoriale degli *spoke*;
- monitorare la patologia dolorosa cronica non oncologica istituendo il registro regionale del dolore.

Rete del diabete mellito

La Regione con L.R. n.24/2011 si è dotata di uno strumento normativo che si prefigge le seguenti finalità ed obiettivi:

- realizzare un'assistenza in rete integrata Ospedale-Territorio della patologia diabetica nell'ambito dell'età adulta e pediatrica;
- erogare agli utenti prestazioni uniformi in tutto il territorio regionale, delineando gli standard operativi e le normative di intervento finalizzate al miglioramento della cura, delle diagnosi e della prevenzione della malattia diabetica, nonché delle sue complicanze nell'ambito dell'età adulta e pediatrica in considerazione della progressiva elevata prevalenza di tale patologia con conseguente impatto sociale e relativi costi;
- prevenire e diagnosticare precocemente la malattia diabetica;
- curare la malattia diabetica;
- promuovere l'integrazione dei pazienti diabetici nelle attività scolastiche, lavorative, ricreative e sportive, nonché reinserire socialmente i cittadini colpiti da gravi complicanze post-diabetiche, attraverso l'attività di un *team* coordinato dal diabetologo;
- promuovere la cultura della prevenzione della malattia diabetica e dell'educazione sanitaria dei diabetici e delle loro famiglie;
- preparare ed aggiornare professionalmente il personale sanitario.

Rete dell'Alzheimer

Con propri provvedimenti la Regione ha costituito una rete di servizi clinico-assistenziali specificatamente dedicati alle persone colpite da malattia di Alzheimer e da altri tipi di declino cognitivo e demenza.

Secondo tale modello i Centri di Decadimento Cognitivo costituiscono uno degli elementi chiave della rete assistenziale e sono omogeneamente diffusi su tutto il territorio regionale. Fanno parte integrante di tale sistema le Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuali e le Strutture ad Alta Protezione per i malati di Alzheimer (SAPA) assieme al Centro Regionale di Riferimento per l'Invecchiamento Cerebrale (CRIC), affidato alla Azienda Ospedaliera di Padova.

La rete Alzheimer regionale individua come attività di indirizzo:

- l'adozione di sistemi omogenei di raccolta dati (cartella clinica informatizzata regionale) indispensabile per la costruzione di un registro regionale;

- la definizione di percorsi clinico assistenziali condivisi e specifici per le diverse forme di patologia degenerativa, in grado di ridurre la disomogeneità di accesso alle cure e di razionalizzare l'uso delle risorse;
- la sperimentazione di forme assistenziali territoriali in grado di assicurare la continuità dell'assistenza dalla diagnosi fino alle fasi di maggiore gravità di malattia, garantendo un adeguato supporto ai pazienti e alle famiglie.

Al CRIC competono:

- il coordinamento dei Centri di Decadimento Cognitivo regionali e il supporto alla rete di Alzheimer;
- lo sviluppo e la verifica di linee guida e percorsi assistenziali;
- la collaborazione con centri e consorzi di ricerca internazionali;
- le attività di ricerca clinica e di trasferimento delle conoscenze;
- la qualificazione professionale e l'aggiornamento con un rafforzamento dei sistemi di formazione.

Modello di assistenza integrata al paziente anziano-fragile

Al fine di garantire una migliore assistenza all'anziano fragile, attraverso interventi di prevenzione e di continuità delle cure, dall'Ospedale al Territorio, si ritiene necessario sviluppare un modello di assistenza che preveda una stretta integrazione tra le attività di geriatria ospedaliera e le attività di assistenza territoriale. Il modello intende sviluppare l'integrazione professionale tra le diverse discipline con un ruolo di indirizzo del geriatra, valorizzando la cultura gerontologica e le conoscenze fin qui acquisite, sia in ambito ospedaliero che per l'integrazione Ospedale-Territorio, al fine di migliorare la continuità delle cure e di garantire l'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il paziente anziano-fragile.

In questo modello il geriatra diventa un "consulente" del sistema, non legato al reparto ospedaliero specifico, ed assume funzioni di *tutorship* per gli altri profili professionali, in particolare per il medico di famiglia ed i professionisti del SUEM-118.

In tal senso saranno definiti e sperimentati coerenti modelli di integrazione strategica ed organizzativa.

3.2.5 Rapporti con l'Università

La Regione sviluppa il rapporto con l'Università in applicazione delle seguenti fonti normative e regolamentari:

- il D.Lgs. n. 502/1992, che all'art. 4 prevede l'istituzione delle Aziende Ospedaliere per specifiche esigenze assistenziali, di ricerca scientifica, nonché di didattica del SSR;
- la L.R. n. 55/1994, che detta norme sull'assetto programmatico, gestionale e di controllo delle Aziende Ospedaliere, in attuazione del D.Lgs. n. 502/1992;
- la L.R. n. 56/1994, che detta norme e principi sul riordino del Servizio Sanitario della Regione Veneto, in attuazione del D.Lgs. n. 502/1992;

- il D.Lgs. n. 517/1999, che istituisce le Aziende Ospedaliere Universitarie e disciplina i rapporti tra il SSR e l'Università;
- il DPCM del 24.05.2001 che detta le Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra Regioni ed Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale e che prevede che *“Il parere delle Università è reso direttamente e può anche essere espresso attraverso il Comitato regionale di coordinamento delle Università”*;
- la pre-intesa tra Regione Veneto e le Università degli Studi di Padova e di Verona per la stipula del “Protocollo d'intesa” siglata in data 30.01.2006 (approvata dalla Giunta Regionale e dal Consiglio regionale rispettivamente con Delibera 28.02.2006, n. 21/CR, e 14.12.2006, n. 140);
- la L.R. n. 18/2009, che all'art. 3 detta disposizioni per la costituzione delle Aziende Ospedaliere Universitarie nella Regione Veneto;
- la Delibera del Comitato Regionale Universitario del Veneto in ordine al Piano Socio Sanitario Regionale dell'11.03.2011.

Nel quadro della ridefinizione della rete ospedaliera veneta non appare ulteriormente rinviabile una seria analisi del ruolo delle Aziende Ospedaliere e del loro rapporto con le altre Aziende Sanitarie, in particolare con quelle della stessa provincia e delle provincie confinanti. Soprattutto non appare più rinviabile la definizione di sequenziali livelli ospedalieri di assistenza in base alla complessità delle cure ed alla numerosità dei casi presenti o stimati nel territorio regionale.

Il livellamento dei criteri di finanziamento delle strutture sanitarie regionali, unito al minore richiamo verso pazienti di Regioni tradizionalmente afferenti, ha pesantemente impoverito i bilanci e ha rallentato il rinnovamento dei nostri grandi Ospedali a sede universitaria. Le Aziende Ospedaliere-Universitarie di Padova e Verona continuano a sopperire a questa necessità, in attesa del nuovo assetto del servizio sanitario veneto, che, con il recupero della medicina del territorio e la creazione di una rete organica degli ospedali *hub* e *spoke*, deve delineare ruolo e funzioni dei grandi Ospedali sedi di Università. La Regione dovrà definire lo strumento normativo che delinea il migliore assetto giuridico ed organizzativo in cui l'assistenza ospedaliera di qualità sia affiancata da servizi innovativi per la formazione, la didattica e l'attività di ricerca di base ed applicata.

Attraverso questo strumento si deve dare attuazione al principio che prevede che il PSSR programmi non solo l'assistenza medica e sanitaria, ma anche il fabbisogno di formazione medica e sanitaria, tenendo conto anche delle attività di ricerca biomedica e clinica offerte dall'Università, come previsto dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 71/2001, che ha stabilito che: *“L'attività di assistenza ospedaliera e quella didattico-scientifica affidate dalla legislazione vigente al personale medico universitario si pongono tra loro in un rapporto che non è solo di stretta connessione, ma di vera e propria penetrazione”*.

L'attuazione del principio della inscindibilità delle funzioni avviene attraverso:

- una programmazione finalizzata alla attuazione del principio della inscindibilità delle funzioni di didattica, ricerca ed assistenza;
- l'impegno a perseguire, negli adempimenti e nelle determinazioni di rispettiva competenza, gli obiettivi di efficacia, efficienza, economicità dell'attività integrata

- di assistenza, didattica e ricerca, per la parte relativa all'esercizio dei compiti istituzionali dell'Università;
- la piena sinergia, anche attraverso la reciproca informazione o consultazione in ordine alle determinazioni che abbiano influenza sull'esercizio integrato delle attività di competenza;
 - l'identificazione dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria che potrebbe assumere la denominazione di Policlinico universitario, quale struttura idonea, indicata dall'art. 2, commi 1 e 3, del D.Lgs n.517/1999, a realizzare l'integrazione delle funzioni di didattica, ricerca ed assistenza, da organizzare all'interno dei dipartimenti ad attività integrata, nel rispetto degli standard formativi e delle strutture necessarie per garantire tali standard. Ove necessario si prevedono modelli alternativi di Azienda con caratteristiche innovative che diversificano la responsabilità gestionale da quella scientifica. Ciò comporta altresì il coinvolgimento nella rete formativa e di sviluppo della ricerca d'interesse medico-sanitario di Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, di altre strutture ospedaliere, anche gestite da Aziende Sanitarie territoriali e di istituzioni private accreditate;
 - il pieno rispetto dell'autonomia dell'Università nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali di didattica e di ricerca, svolte nel pieno rispetto delle Leggi, delle norme e dei principi statutari propri dell'istituzione universitaria, e della autonomia della Regione nella determinazione dei principi generali organizzativi della Sanità regionale;
 - la piena attuazione del principio della integrazione funzionale del personale medico universitario e ospedaliero attraverso l'individuazione di specifici compiti, organizzazione e livelli retributivi, nel rispetto dello stato giuridico ed economico di ciascuno.

Quanto sopra è regolato mediante accordi attuativi tra Università e Aziende Ospedaliere.

Perché la specificità della funzione universitaria integrata con la Sanità si realizzi appieno, è indispensabile che essa venga programmaticamente riconosciuta e venga quindi garantita la necessaria differenziazione degli obiettivi, dotazioni e indicatori di valutazione, in ragione della gerarchizzazione delle sedi ospedaliere e del ruolo guida delle Aziende che ospitano l'Università nel generare assistenza di eccellenza, sperimentazione tecnologica di avanguardia, formazione (fino al massimo livello dei dottorati di ricerca), ricerca clinica e biomedica, in linea con il prestigio internazionale delle due scuole di medicina venete.

Nel Veneto esistono infatti due sedi, una dell'Università di Padova e una dell'Università di Verona, entrambe largamente riconosciute come istituzioni di primario livello.

L'eccellenza della Sanità veneta, al servizio di un'assistenza qualificata ai cittadini, si basa infatti in misura considerevole sulla ricerca clinica e preclinica svolta nelle sedi di Padova e Verona, che svolgono anche formazione e assistenza qualificate. Di conseguenza è necessario potenziare, in entrambe le sedi, i centri universitari per le scienze mediche, nella loro logistica e nelle loro dimensioni, nel rispetto della qualità delle attività di ricerca, di formazione e di assistenza che vi si svolgono.

Elemento essenziale per una piena valorizzazione del potenziale assistenziale, scientifico e formativo disponibile nella Regione è il riconoscimento del principio

fondamentale che, fatte salve le specificità delle due sedi e le evidenti differenze, largamente correlate con la storia profondamente diversa dei due Atenei, il significato istituzionale, le funzioni e la missione delle due sedi sono sovrapponibili.

A Verona, dando piena attuazione all'intesa, è stata costituita una Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata ai sensi del D.Lgs. n. 517/1999, riconoscendo nell'integrazione uno strumento indispensabile per la costituzione di un Ente interamente dedicato alla effettuazione "unitaria e coordinata delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca". Azioni conseguenti sono ora la realizzazione di un Campus, accanto al nuovo Ospedale, sede delle funzioni di assistenza, per la formazione del personale medico e dei professionisti sanitari, confrontabile per funzioni, dimensioni, dotazioni di posti letto, di tecnologia, di servizi per la didattica e la ricerca ai migliori modelli nordamericani e il compimento di una omogeneizzazione del trattamento economico e degli obiettivi di attività tra personale universitario ed ospedaliero.

La Università di Padova non ha ancora proceduto alla fase attuativa dell'intesa, mantenendo a tutt'oggi, attraverso uno strumento convenzionale, un modello funzionale tradizionale di Azienda Mista, proiettato in un coordinamento territoriale con altri presidi e poli ospedalieri delle attività proprie dell'Università. Appare pertanto non ulteriormente rinviabile la definizione di un progetto condiviso tra Università di Padova e Regione, così come sta avvenendo per l'Università di Verona, per la costituzione del nuovo Campus biomedico, partendo dal lavoro sin qui svolto dalle istituzioni coinvolte, e in modo particolare seguendo le indicazioni fornite dall'Ateneo patavino per la realizzazione di tale Campus.

Appare pertanto necessaria la costituzione di strutture adeguate e idonee in entrambe le città, quale passaggio preliminare a qualsiasi ipotesi di ulteriore decentramento delle attività formative proprie delle Università presso altre Aziende ospedaliere sul territorio. Resta sicuramente condivisa la validità della rete formativa definita per la formazione specialistica dei giovani medici, ed altresì del quadro che è venuto strutturandosi per l'offerta formativa di Corsi di Laurea per le professioni sanitarie nell'ambito della Regione. In tal senso appare urgente il completamento dei lavori avviati in occasione della elaborazione dei protocolli d'intesa, per una programmazione della rete formativa sul territorio regionale fondata sulla identificazione di due sistemi territoriali, ciascuno di dimensione appropriata al potenziale didattico dei due Atenei ed alla capacità di offerta di tirocinio pratico degli ospedali regionali certificati quali sedi della rete.

Due aspetti, infine, avranno rilievo nel prossimo futuro. Occorrerà:

- valutare l'impatto del sistema a numero chiuso previsto nell'attuale ordinamento di Medicina, che a breve produrrà una significativa carenza di medici, inducendo a ricercare modifiche sostanziali nei modelli organizzativi (es. concentrazione di alcune funzioni legate alla gestione dell'urgenza soltanto in alcuni Ospedali, attribuzione di maggiori funzioni al personale infermieristico e al personale rappresentativo di altre professioni sanitarie, ecc.);
- programmare in previsioni pluriennali il numero di contratti per le specializzazioni mediche per la necessaria integrazione delle assegnazioni ministeriali.

3.3 ASSISTENZA SPECIALISTICA, FARMACEUTICA E PROTESICA

L'assistenza specialistica, farmaceutica e protesica rappresentano tre aree di possibile intervento per ricercare l'appropriatezza sotto il profilo prescrittivo ed economico.

3.3.1 Assistenza specialistica

L'assistenza specialistica è un'attività sanitaria erogata in regime ambulatoriale a fini diagnostici e/o terapeutici e/o riabilitativi, che nel corso degli ultimi anni ha presentato un trend in crescita: concorrono a questo incremento vari fattori, non solo legati alle modificazioni epidemiologiche, ma anche ad una diversa percezione ed approccio ai servizi da parte del cittadino, alla complessità delle prestazioni derivanti dalle innovazioni tecnologiche, alla riduzione della durata della degenza ospedaliera. Inoltre una maggiore consapevolezza dei cittadini rispetto ai propri bisogni di salute ed una più ampia diffusione della prevenzione hanno contribuito alla crescita della domanda di prestazioni di carattere prettamente diagnostico.

Dal lato dell'offerta, l'adozione di nuovi modelli organizzativi ha contribuito a migliorare l'efficienza del sistema, garantendo una maggiore produzione di prestazioni. Già da tempo, infatti, si è provveduto a ricondurre al regime ambulatoriale alcune prestazioni effettuate prima soltanto in regime ospedaliero, per le quali il progredire delle tecniche medico-chirurgiche ne ha permesso l'erogazione ambulatoriale con uguale garanzia di sicurezza per il paziente. L'assistenza specialistica ambulatoriale viene garantita sia in ambito ospedaliero che distrettuale, sia da professionisti convenzionati che dipendenti, nonché da strutture private accreditate.

Nonostante la diffusione territoriale dei servizi, la tipologia ed il numero di prestazioni specialistiche erogate in rapporto alla popolazione residente presentano differenze anche rilevanti nel contesto regionale, generalmente non associabili ad un diverso bisogno assistenziale.

La ricerca dell'appropriatezza, sia sul versante della domanda che dell'offerta, rappresenta quindi un punto cardine della programmazione regionale.

In questo ambito sono macro-obiettivi della programmazione regionale:

- la definizione dei *setting* erogativi più appropriati sotto il profilo clinico, organizzativo ed economico, consolidando il percorso già avviato di trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale;

- la riduzione delle differenze sul numero di prestazioni erogate per tipo in rapporto alla popolazione, con particolare riferimento alla diagnostica strumentale e per immagini;
- il miglioramento dell'accessibilità, del governo della domanda e dell'offerta di prestazioni ambulatoriali anche al fine di ridurre le liste d'attesa e di azzerarle per il paziente oncologico, dando piena applicazione agli atti di programmazione regionale.

A tale riguardo si individuano le seguenti azioni:

- la messa a punto di metodologie atte a quantificare l'offerta appropriata in relazione ai bisogni, ossia a quantificare degli standard di riferimento basati sulle necessità stimate della popolazione residente, secondo parametri valutativi quali la composizione per classi d'età, il tasso di natalità locale, la prevalenza delle patologie, l'incidenza delle criticità;
- la definizione di standard su cui uniformare l'intero sistema, riferiti alla spesa pro-capite ed al numero di prestazioni per abitante, sia per la specialistica clinica, di laboratorio e diagnostica;
- il potenziamento del sistema informativo, di recente istituzione, al fine di disporre di informazioni validate a supporto di una corretta e sistematica attività di monitoraggio in tale ambito;
- la riorganizzazione del Centro Unico di Prenotazione (CUP), quale strumento gestionale fondamentale, punto di sincronizzazione di diverse esigenze e di diversi momenti organizzativi, sia interni alle strutture prettamente aziendali che del privato accreditato;
- lo sviluppo di un sistema di interazione tra i diversi CUP aziendali e/o provinciali per la produzione di una lista d'attesa regionale per alcune specifiche prestazioni;
- la regolazione del rapporto con le strutture private accreditate utilizzando contratti specifici per l'acquisto di prestazioni ambulatoriali da parte delle singole Aziende ULSS, secondo criteri:
 - di accessibilità per l'assistito,
 - di qualità delle prestazioni sia in termini organizzativi che professionali, attivando un sistema di controlli della qualità tecnica delle prestazioni erogate.

Gli accordi-contrattuali previsti dall'art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 sono uno strumento di regolamentazione degli scambi tra "acquirenti e produttori" al fine di regolare "il mercato", coerentemente con le esigenze della programmazione del sistema sanitario pubblico.

La Giunta Regionale, in conformità agli obiettivi della programmazione, aggiorna annualmente l'elenco delle strutture ambulatoriali accreditate, in coerenza con gli esiti delle verifiche triennali previste dalla L.R. n.22/2002. I soggetti accreditabili dovranno essere in possesso dei requisiti previsti dalla L.R. n.22/2002 e ss.mm., verificati dall'Agenzia Regionale Socio-Sanitaria;

- la definizione di protocolli condivisi sull'appropriatezza prescrittiva, coinvolgendo i medici/pediatri di famiglia, gli specialisti ambulatoriali interni e gli specialisti ospedalieri nella condivisione ed applicazione estesa delle classi di priorità, implementando un monitoraggio sistematico dell'aderenza dei profili prescrittivi ai criteri concordati;

- il monitoraggio dell'assistenza specialistica, definendo opportuni standard di riferimento ed individuando nei Patti con i medici convenzionati obiettivi di appropriatezza prescrittiva da misurarsi attraverso specifici indicatori;
- la promozione dell'educazione del cittadino nella tutela consapevole della propria salute, attraverso l'accesso alle informazioni sanitarie e sull'organizzazione dei servizi, il coinvolgimento nei piani di cura e di assistenza, favorendo un utilizzo appropriato dei servizi.

3.3.2 Assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici

I farmaci e i dispositivi medici costituiscono una parte rilevante dell'assistenza sanitaria garantita alla popolazione e rappresentano una consistente voce di spesa a carico del SSSR.

L'obiettivo comune di tutte le unità operative ospedaliere e territoriali è rappresentato dalla gestione integrata, sia in ambito aziendale che interaziendale, dalla continuità terapeutica, in particolare dei trattamenti cronici e dei trattamenti nei quali è prevista la prescrizione esclusiva da parte di centri specialistici a pazienti che utilizzano il farmaco in ambito territoriale.

Sono individuati, perciò, come indirizzi della programmazione regionale:

- la valutazione dell'impatto delle nuove tecnologie attraverso la metodologia dell'*Health Technology Assessment*, con particolare attenzione all'impatto delle nuove tecnologie sugli esiti, sulla sicurezza, sull'organizzazione e sui costi. A questo proposito la Regione intende confermare il ruolo di indirizzo delle Commissioni Regionali per il Prontuario dei farmaci (C-PTORV) e dei dispositivi (CTRDM), nonché la rete delle Commissioni terapeutiche e dei Nuclei aziendali per l'appropriatezza dei farmaci e dei dispositivi medici. Le Commissioni regionali ed aziendali orienteranno il loro lavoro in modo da finalizzarlo alle criticità dei comportamenti prescrittivi riscontrati nelle Aziende, utilizzando gli strumenti messi a disposizione dalle Commissioni regionali (Prontuario regionale e Raccomandazioni) come leva per il miglioramento dell'appropriatezza;
- la centralizzazione a livello regionale degli acquisti di farmaci e dei dispositivi medici, che consente di abbattere i costi di acquisto e favorisce, al contempo, l'armonizzazione dei percorsi terapeutici tra gli Ospedali della Regione. Su questo aspetto è opportuno coinvolgere le strutture private accreditate, favorendo la loro adesione al prontuario terapeutico, facilitando la distribuzione alla dimissione;
- il rafforzamento delle azioni di sorveglianza sulle reazioni avverse dei farmaci e degli incidenti dei dispositivi medici, attraverso azioni di indirizzo e di consolidamento della rete dei referenti aziendali della farmacovigilanza e della dispositivovigilanza;
- il potenziamento del monitoraggio dei consumi dei farmaci e dei dispositivi medici. A tale proposito verranno razionalizzati gli attuali flussi e, qualora necessario, saranno attivati flussi specifici per le aree terapeutiche ad elevato impatto di spesa. Un adeguato sistema informativo consente, infatti, di monitorare l'andamento dei

- consumi nelle Aziende e può fornire indicazioni sulle priorità e sulle scelte economicamente strategiche verso le quali indirizzare la progettualità e le risorse;
- il governo dell'assistenza farmaceutica ed il monitoraggio della spesa, definendo opportuni standard di riferimento ed individuando nei Patti con i medici convenzionati obiettivi di appropriatezza prescrittiva da misurarsi attraverso specifici indicatori;
 - il potenziamento dell'osservazione epidemiologica, sviluppata anche con il coinvolgimento diretto dei prescrittori, sia per un'azione preventiva sulle popolazioni a rischio per patologie croniche o fortemente invalidanti, sia a supporto di un appropriato utilizzo dei farmaci correlati alla casistica;
 - l'attivazione di programmi di formazione e monitoraggio finalizzati a razionalizzare la prescrizione alla dimissione dal ricovero o a seguito di visita specialistica. Tali programmi saranno orientati ad armonizzare i comportamenti degli specialisti e dei medici di famiglia, anche tramite la definizione di obiettivi ed indicatori di prescrizione comuni ai due *setting* assistenziali;
 - la promozione dell'uso dei farmaci a brevetto scaduto sia all'interno degli Ospedali che nelle prescrizioni alla dimissione e durante la visita specialistica ambulatoriale;
 - il mantenimento dell'attività di distribuzione dei farmaci delle Aziende Sanitarie, compresa l'erogazione diretta alla dimissione ed a favore delle malattie rare. Tale attività costituisce un'occasione per migliorare la qualità delle cure, semplificare i percorsi assistenziali, fornire un'informazione mirata al paziente in sede di dimissione e di visita ambulatoriale, nonché uno strumento di razionalizzazione della spesa;
 - l'integrazione delle attività di distribuzione diretta dei farmaci delle Aziende Sanitarie con la distribuzione per conto attraverso le farmacie;
 - l'implementazione della Radiofarmacia, dei Laboratori di Farmacia dedicati (farmacia clinica) all'allestimento dei farmaci antitumorali, dei farmaci orfani, della terapia antalgica, della profilassi antibiotica. L'allestimento centralizzato consente di produrre terapie indispensabili che non sono commercialmente disponibili, di ridurre gli sprechi di prodotto, nonché di registrare e monitorare l'adesione agli indirizzi prescrittivi delle terapie ad elevato costo;
 - il costante miglioramento e la diffusione nelle diverse realtà territoriali ed ospedaliere di attività inerenti la gestione del rischio clinico;
 - l'informazione per i programmatori circa il possibile impatto sul SSSR dei farmaci prossimi alla commercializzazione e la disseminazione precoce nei confronti dei prescrittori;
 - lo sviluppo tramite il Centro regionale del farmaco, di un sistema di informazione, scientificamente corretto, destinato ai medici dipendenti ed ai medici convenzionati. Tale informazione sarà finalizzata ad illustrare le novità e le problematiche del mercato dei farmaci, stimolare la partecipazione alle azioni di farmacovigilanza e di sorveglianza sugli eventi avversi, nonché ai programmi di ricerca e di verifica post *marketing*;
 - il rilancio della sperimentazione clinica attraverso:
 - la realizzazione di un registro regionale degli studi clinici che integri quello dell'AIFA e che fornisca anche informazioni sugli studi con dispositivi medici;
 - la promozione di iniziative di formazione/informazione circa la tipologia di studi condotti nell'ambito regionale ed i bisogni di ricerca invasivi;

- il potenziamento dell'infrastruttura costituita dal Comitato Etico, dal Nucleo per la ricerca clinica (NRC) e dalla Commissione per la ricerca in medicina territoriale (Co.Ri.Ter.) allo scopo di realizzare un *network* regionale a supporto della ricerca promossa dall'industria e di quella indipendente;
- la promozione del corretto utilizzo dei farmaci attraverso azioni di educazione terapeutica al paziente e alla famiglia, con particolare attenzione alle problematiche connesse alla politerapia farmacologica nei soggetti fragili;
- il rinforzo delle azioni di controllo dell'appropriatezza prescrittiva e della sicurezza, ad esempio relativamente all'ossigeno-terapia domiciliare in pazienti con patologie respiratorie croniche;
- l'attuazione di interventi di recupero, restituzione, donazione finalizzati al riutilizzo di medicinali in corso di validità, così come previsti dalla L.R. n.23/2011;
- la valorizzazione della capillarità delle farmacie sul territorio, sostenendo soprattutto le farmacie a basso reddito in località disagiate, quali nodi di reti che possono concorrere alla semplificazione dei percorsi del cittadino, ad esempio attraverso servizi di prenotazione per le visite specialistiche o di ritiro dei referti, la distribuzione per conto su scala regionale, nonché il coinvolgimento dei farmacisti nelle azioni in ambito di appropriatezza, di programmi di *screening* e di *risk management*, in sinergia anche con i medici di famiglia, e nelle azioni di educazione alla salute.

Le farmacie territoriali, proprio per il rapporto privilegiato che instaurano con la popolazione, svolgono un ruolo importante, da valorizzare concretamente e sviluppare ulteriormente, negli ambiti della farmacovigilanza, della farmacoeconomia, della educazione sanitaria e del monitoraggio della salute;

- l'integrazione e l'incremento della distribuzione per conto attraverso le farmacie convenzionate che permette di semplificare l'accesso del paziente al farmaco fornendogli un'informazione mirata e il monitoraggio della compliance, e al tempo stesso consente di razionalizzare la spesa anche attraverso il controllo della stessa.

Si intende, infine, pervenire ad una razionalizzazione regionale degli attuali magazzini, prevedendo una centralizzazione degli stessi al fine di migliorare la gestione delle scorte.

3.3.3 Assistenza protesica

L'area dell'assistenza protesica, sia per l'impatto in termini di supporto al percorso assistenziale del paziente che in termini di impatto economico, costituisce un ambito di rilevante importanza. Si rende pertanto necessario individuare alcuni indirizzi che migliorino l'appropriatezza prescrittiva ed uniformino le prestazioni su tutto il territorio nel rispetto dei bisogni degli assistiti.

L'assistenza protesica è un processo complesso che inizia con la prescrizione specialistica, viene validata a livello distrettuale e deve essere monitorata costantemente. Persegue l'obiettivo di prevenire, correggere o compensare una

menomazione o una disabilità, potenziando le abilità residue, nonché promuovendo l'autonomia dell'assistito.

Rappresentano, dunque, indirizzi della programmazione regionale:

- la predisposizione di protocolli regionali, in ottemperanza al DM n.332/1999, che disciplinino i principi per l'erogazione degli ausili e presidi nelle diverse menomazioni o disabilità, che individuino gli strumenti di verifica dell'appropriatezza prescrittiva e che consentano di valutare gli ausili assegnati nel progetto riabilitativo;
- l'attribuzione della competenza di verifica e di controllo dell'assistenza protesica alle Aziende ULSS;
- l'individuazione di modalità uniformi su tutto il territorio regionale relativamente alla manutenzione ed al ripristino del materiale protesico;
- l'implementazione di un sistema informativo adeguatamente alimentato a livello aziendale, che consenta un monitoraggio sia a livello di Azienda ULSS che a livello regionale.

3.4 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE

3.4.1 Aree prioritarie di intervento

La Sanità pubblica, così come definita dall'OMS, è l'insieme degli sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile. Le attività di prevenzione devono, pertanto, contribuire allo sviluppo di politiche in grado di migliorare la salute della Comunità, definendo gli obiettivi da raggiungere, utilizzando le nozioni di priorità, efficacia ed efficienza.

La promozione della salute è il processo che rende la popolazione consapevole e in grado di aumentare il proprio controllo sulla salute per migliorarla.

Si fonda su cinque strategie (Carta di Ottawa 1986, successivamente recepita con DPCM del 04.05.2007 nel documento programmatico "Guadagnare Salute"):

- costruire politiche pubbliche che tengano conto della salute dei cittadini;
- creare ambienti e contesti sociali salutarì, che facilitano scelte di vita "sane" da parte dei cittadini;
- rafforzare l'azione "in proprio" della comunità per la salute;
- sviluppare le capacità degli individui di migliorare la salute propria, dei propri familiari e della comunità;
- riorientare i Sistemi Sanitari verso lo sviluppo della *primary care*.

Le linee guida su cui si impernia la programmazione e sulle quali sono improntate le iniziative per intensificare le azioni di promozione della salute e di prevenzione delle

malattie sono le seguenti (Dichiarazione di Jakarta 1997, successivamente recepita con DPCM del 04.05.2007 nel documento programmatico “Guadagnare Salute”):

- promuovere la responsabilità sociale per la salute: sia i settori pubblici che privati sono chiamati a mettere in atto politiche ed attività che evitino di provocare danno agli individui, incoraggino un uso sostenibile delle risorse, salvaguardino il cittadino nel mercato e l'individuo nei luoghi di lavoro;
- assicurare le risorse per garantire l'equità nella erogazione dei servizi, in particolare alle categorie sociali più povere e marginali;
- consolidare ed espandere le collaborazioni per la salute tra i differenti settori ed a tutti i livelli della comunità locale: andranno quindi rafforzate le *partnership*, le reti e le alleanze con e tra i Comuni, le scuole, le imprese, i sindacati, tutte le organizzazioni sociali e del volontariato;
- aumentare le “infrastrutture” per la promozione della salute: in particolare gli ambienti sociali (*setting* come il Comune, la scuola, l'ambiente di lavoro, ecc.) rappresentano la base organizzativa richiesta per assicurare ambienti sicuri e stili di vita sani.

Questo ambito richiede di operare mediante un approccio trasversale che consenta di armonizzare le iniziative in una logica di rete e di favorire la sinergia intersettoriale tra tutti gli operatori coinvolti. Ai fini preventivi è, dunque, strategica una visione integrata, non solo fra i servizi dei Dipartimenti di Prevenzione ma anche in coordinamento con i Distretti, i medici e pediatri di famiglia e con le strutture a diverso titolo impegnate nella tutela della Salute pubblica.

Di seguito vengono illustrate le linee di indirizzo della programmazione regionale, che trovano declinazione in obiettivi ed azioni nel Piano Regionale Prevenzione e nel Piano regionale integrato dei controlli.

Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate tramite:

- la piena attuazione del mandato istituzionale del Comitato Regionale di Coordinamento (art.7 del D.Lgs, n.81/2008) per la pianificazione delle attività di prevenzione in coordinamento tra Pubbliche Amministrazioni e parti sociali, al fine di sviluppare interventi coordinati e sinergie nell'ambito del controllo e della promozione della salute negli ambienti di lavoro;
- il recepimento e l'applicazione dell'art. 13 comma 6 del D.Lgs. n.81/2008;
- il miglioramento delle attività dei servizi delle Aziende ULSS rivolte soprattutto a priorità epidemiologiche di salute ed il contrasto dei rischi gravi, abbandonando pratiche formali di non documentata efficacia preventiva;
- l'attuazione del sistema informatico regionale della prevenzione, condiviso tra Pubbliche Amministrazioni, partendo dal programma gestionale delle attività in uso ai servizi (Prevnet) e dai flussi informativi INAIL su infortuni e malattie professionali;
- lo sviluppo di sistemi di sorveglianza sugli infortuni mortali e gravi in ambito lavorativo e sulle malattie professionali, con lo scopo di acquisire una documentazione epidemiologica, di migliorare l'efficacia degli interventi di prevenzione ed azioni di contrasto dei rischi;

- il sistema di sorveglianza degli esposti ed ex esposti a cancerogeni, amianto e CVM, proprio con riferimento alle peculiarità storiche di rischio in aree industriali attive o dismesse, con vantaggi di utilità clinica (possibilità di efficace diagnosi precoce e controllo dello stato di salute), utilità preventiva (riduzione del rischio aggiuntivo), utilità etico-sociale (possibilità di informazione capillare e contatto individuale) ed utilità medico-legale (tempestività di certificazione di malattia professionale, miglioramento del sistema di sorveglianza sulle malattie professionali e correlate al lavoro).

Promuovere la cultura della salute nei confronti dei datori di lavoro e dei lavoratori dei comparti a rischio (es. edilizia, trasporti, legno, metalmeccanica, agricoltura) attraverso azioni di sorveglianza sanitaria, assistenza e di formazione. Nello specifico si prevede:

- la promozione dell'organizzazione e della gestione per la salute e la sicurezza in azienda, con particolare attenzione alle piccole e microimprese;
- il potenziamento della comunicazione esterna rivolta agli *stakeholder* istituzionali e sociali, nonché ai professionisti impegnati per la prevenzione negli ambienti di lavoro, anche con l'utilizzo di strumenti *web*;
- il potenziamento del ruolo di coordinamento provinciale svolto dalle Aziende ULSS capoluogo in ambito di pianificazione, monitoraggio ed omogeneizzazione delle attività, secondo una visione di area interaziendale, anche in coerenza con la pianificazione del Comitato Regionale di Coordinamento (art.7 del D.Lgs, n.81/2008).

Prevenire le malattie suscettibili di vaccinazione

Per il miglioramento del sistema vaccinale ed il mantenimento delle coperture raggiunte, negli ultimi anni in ambito regionale sono state programmate e svolte numerose attività, quali: azioni di informazione e sensibilizzazione della popolazione, di formazione continua degli operatori sanitari, di controllo costante dei dati di copertura per monitorare la situazione.

Gli obiettivi di salute da perseguire nei prossimi anni sono pertanto:

- mantenere elevati livelli di copertura per le vaccinazioni in calendario, soprattutto le ex obbligatorie (L.R. n.7/2007), e consolidare la qualità dell'offerta vaccinale;
- perseguire un'adeguata formazione degli operatori dei servizi vaccinali e dei pediatri di famiglia con particolare attenzione al personale di nuova assunzione;
- individuare le strategie ed incrementare le azioni per le coperture vaccinali dei soggetti appartenenti a specifiche categorie a rischio (implementare le vaccinazioni anti-meningiti batteriche nei soggetti splenectomizzati di qualsiasi età, promuovere la vaccinazione antiepatite A per i figli di immigrati che si recano in zone endemiche, promuovere la vaccinazione per la rosolia delle donne in età fertile e per il morbillo nei bambini e negli adolescenti);
- individuare le strategie ed incrementare le azioni per le coperture:
 - del vaccino antinfluenzale negli anziani e nelle categorie a rischio,
 - del vaccino antipneumococco negli ultra 65enni e nelle persone a rischio di forme invasive,
- fornire indicazioni sui nuovi obiettivi perseguibili e sull'avvio di iniziative mirate di prevenzione vaccinale in seguito alla disponibilità di nuovi vaccini.

Al fine di mantenere i livelli di copertura raggiunti si intende continuare l'azione di coinvolgimento di tutti gli attori che seguono il percorso di nascita e crescita del bambino, soprattutto i pediatri di famiglia, e nello stesso tempo rafforzare le azioni rivolte alla popolazione mediante una più efficace informazione ed un monitoraggio più stretto delle attività vaccinali svolte nelle Aziende ULSS.

Prevenire le malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione

La sorveglianza in Sanità pubblica si basa su tre caratteristiche fondamentali: la raccolta sistematica dei dati, l'aggregazione e l'analisi dei dati raccolti, il ritorno e la diffusione delle informazioni. L'obiettivo finale della sorveglianza è l'utilizzazione dei dati per la prevenzione e il controllo delle malattie infettive e per il monitoraggio dei programmi di attività, inteso come continua valutazione della relazione intervento-cambiamento.

Per garantire il raggiungimento di questi obiettivi il sistema regionale di sorveglianza di Sanità pubblica delle malattie infettive è costituito da una serie di flussi informativi interconnessi tra di loro, il cui livello di sintesi e di approfondimento è diverso a seconda delle caratteristiche della malattia, della rilevanza delle informazioni necessarie e del tipo di programmi di controllo che vengono condotti.

Si individuano i seguenti obiettivi di salute:

- sorvegliare l'andamento della malattia tubercolare;
- ridurre le malattie sessualmente trasmissibili, con particolare riguardo all'infezione HIV e HPV;
- implementare il sistema di sorveglianza delle meningiti;
- sostenere il controllo e l'eradicazione delle malattie infettive "emergenti", promuovendo i controlli per la profilassi attraverso lo sviluppo di protocolli operativi incentrati sulla realizzazione di mappe di rischio. Per limitare il verificarsi di focolai autoctoni di patologie da importazione, è stato istituito un flusso di sorveglianza ad hoc per aumentare la capacità diagnostica delle febbri in pazienti rientrati da soggiorni tropicali con particolare riferimento alle arbovirosi (*Chikungunya, West-Nile, Dengue*) ed avviare azioni per il contenimento delle stesse.

Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto, attraverso i programmi di *screening* di massa per una diagnosi precoce delle malattie oncologiche. L'obiettivo è di consolidare il raggiungimento di uno standard regionale minimo che elimini disomogeneità sul territorio.

A tale scopo si prevede di:

- incrementare la partecipazione e l'accesso agli *screening* nella popolazione generale e nei sottogruppi specifici;
- potenziare il controllo della qualità delle diagnosi delle mammografie;
- attivare un sistema informativo unico per la gestione dei programmi di *screening* nelle Aziende ULSS.

Promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze

L'approvazione del Programma "Guadagnare Salute rendere facili le scelte salutari" (di cui al DPCM del 04.05.2007) segna un importante cambiamento nel modo di concepire la prevenzione e nelle strategie adottate in ambito preventivo. Esso si propone come grande intervento di salute pubblica, che affronta in maniera integrata il contrasto ai principali fattori di rischio di malattie cronico-degenerative quali: la scorretta alimentazione, l'inattività fisica, il fumo e l'alcol. Pone, inoltre, attenzione non solo agli aspetti specificamente sanitari, ma anche ai molteplici determinanti ambientali, sociali, culturali ed economici della salute, in particolare, a quelli che maggiormente influenzano le scelte ed i comportamenti individuali e collettivi.

Si individuano programmi specifici e multisettoriali per il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo alle fumatrici e a soggetti in età giovane-adulta, attraverso:
 - azioni di disincentivazione del consumo di tabacco negli ambienti di vita, specie negli ambiti lavorativi e scolastici;
 - azioni di educazione, sostegno ed incentivo alla cessazione del fumo nella popolazione generale, e, in particolare, in ambito ospedaliero e in ambito scolastico;
- incremento dell'attività motoria, con riguardo alla popolazione giovane-adulta e adulta-anziana, attraverso:
 - attivazione di interventi che prevedono approcci multi-target e multi-componenti per incoraggiare il movimento nella vita quotidiana e nel contesto urbano;
 - diffusione di interventi che prevedono approcci multi-target per incoraggiare il percorso verso la scuola a piedi e in bicicletta;
 - rilevare e migliorare le possibilità di movimento in tutti i contesti di vita dei ragazzi, compresa la scuola;
 - prevedere iniziative di incremento dell'attività fisica organizzata per anziani in gruppo utilizzando le esistenti strutture sociali o luoghi di ritrovo;
 - diffondere, tra il personale competente dei settori della pianificazione territoriale e dei lavori pubblici, dei trasporti e della sanità, linee di indirizzo sulle trasformazioni urbane che promuovono e favoriscono stili di vita attivi;
 - sperimentare la prescrizione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia alla popolazione a rischio o affetta da patologie suscettibili al trattamento con esercizio fisico, che però non necessitino di ospedalizzazione;
- prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile, anche attraverso la realizzazione di adeguate campagne informative;
- riduzione del numero di consumatori di alcol a rischio attraverso azioni di prevenzione ed interventi di *counselling* breve ad opera di personale sanitario opportunamente sensibilizzato e formato sulle problematiche alcol correlate.

I Dipartimenti di Prevenzione svolgono la funzione di *leadership* del SSSR nel processo di promozione della salute così come delineato dal Programma Guadagnare Salute, attraverso azioni di intersettorialità e trasversalità che prevedono il coinvolgimento attivo di istituzioni vicine ai cittadini, sia pubbliche che private.

Ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari. A tale proposito si intendono promuovere:

- le azioni di *screening* di popolazione per l'identificazione precoce di fattori di rischio anche in associazione a scorretti stili di vita;
- l'individuazione di percorsi personalizzati per la modifica dello stile di vita avviando, qualora necessario, percorsi terapeutici, psicologici e psicoterapeutici, per il controllo dei principali fattori di rischio, secondo criteri di evidenza di efficacia e analisi costi-benefici dei diversi principi attivi;
- la valutazione del rischio con il coinvolgimento del medico di famiglia.

Prevenire gli eventi infortunistici in ambito domestico, residenziale-protetto e stradale.

Per quanto riguarda gli infortuni stradali, le attività di prevenzione sono finalizzate, da una parte, ad aumentare la prevalenza di persone con comportamenti corretti alla guida, coinvolgendo la collaborazione dei genitori; dall'altra, a diminuire il numero di persone che guidano sotto l'effetto dell'alcol, attraverso attività di informazione, sia della cittadinanza che degli operatori sanitari, sensibilizzando sul ruolo del fattore umano nella guida e sugli elementi che lo influenzano negativamente.

Nell'ambito domestico gli interventi di prevenzione hanno come obiettivo la diminuzione degli eventi traumatici da caduta per anziani e per avvelenamento ed ustione nei bambini di età compresa tra 0 e 4 anni, attraverso un'azione formativa e di sensibilizzazione dei genitori svolta in sinergia con tutti gli attori coinvolti nel percorso di crescita del bambino (medici/pediatrati di famiglia, punti nascita, operatori dei centri vaccinali, ecc.).

Nell'ambito residenziale gli interventi di prevenzione avranno come obiettivo il miglioramento dei registri di cadute, già presenti, e l'implementazione di interventi multi-dimensionali per la prevenzione delle cadute e delle fratture.

Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici

Si prevede lo sviluppo di iniziative che rispondano a obiettivi di salute prioritari con particolare riferimento alle seguenti azioni:

- *ridurre l'esposizione a fattori di rischio ambientali esterni* tramite il monitoraggio e l'individuazione di azioni preventive (es. azioni di bonifica). A tale scopo si intende proseguire nella riduzione dell'esposizione della popolazione alle radiazioni non ionizzanti utilizzate nel campo delle teleradiocomunicazioni (es. impianti radio, impianti TV e stazioni radio-base per la telefonia cellulare), monitorando in tempo reale, attraverso centraline di rilevamento, i valori di emissione di campo elettromagnetico ed evidenziando gli eventuali scostamenti dai parametri di emissione previsti dalla normativa di settore.

Per quanto attiene al settore del trasferimento dell'energia elettrica ed alla sua trasformazione, l'attenzione sarà mirata al monitoraggio delle cabine di trasformazione, con l'obiettivo di ridurre l'esposizione specie nei bambini e

negli adolescenti in età prescolare e scolare, negli asili nidi e nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie di primo grado, pubbliche e private;

- *ridurre l'esposizione a fattori di rischio ambientali indoor* proseguendo nell'attività di monitoraggio delle scuole e degli impianti natatori in quanto luoghi di aggregazione dei giovani, al fine di evitare che gli agenti climatici e microclimatici all'interno di questi ultimi cagionino effetti nocivi alla salute. L'impegno è quello di continuare nell'individuazione delle aree regionali ad alta concentrazione di GAS RADON con particolare attenzione alle scuole (dalla materna fino alla media inferiore). Parallelamente verranno attivati accorgimenti edilizi e tecnologici per la mitigazione di tale gas naturale, favorendo l'informazione della popolazione sulle misure di riduzione dell'esposizione a questo inquinante.

Si intende inoltre:

- proseguire nell'attività di verifica della commercializzazione di prodotti fitosanitari, formando utilizzatori e venditori;
- diffondere la conoscenza in materia di normativa "REACH - *Registration Evaluation Authorization Chemicals*";
- garantire l'effettuazione dei controlli assegnati all'amministrazione regionale nel quadro nazionale sulle sostanze chimiche a tutela della salute;
- *assicurare la radioprotezione in ambito sanitario* mediante specifiche attività finalizzate a favorire la protezione degli operatori e dei pazienti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti utilizzate in campo medico. A tale fine si prevede di contribuire all'informazione e all'aggiornamento del personale che opera in questo ambito, di proseguire nell'acquisizione di informazioni sugli standard di qualità raggiunti nel settore radiologico e di implementare le banche-dati relative alla consistenza ed alla distribuzione spaziale delle apparecchiature e sorgenti radiogene, nonché delle apparecchiature a risonanza magnetica utilizzate presso le strutture sanitarie, pubbliche e private;
- *garantire la sicurezza sanitaria in alcune nuove attività* che possono causare l'insorgenza di gravi patologie infettive e prevenire le allergie. A tale scopo si intende aumentare le conoscenze sanitarie indispensabili per poter esercitare attività di tatuaggio e *piercing*, prevenendo l'insorgenza di gravi patologie, quali l'epatite o l'HIV.

Si intende, inoltre, sviluppare un'attività di monitoraggio e controllo sui cosmetici al fine di evitare patologie-allergie determinate dall'uso di prodotti nocivi per la salute, individuando le situazioni non conformi ed organizzando gli interventi più efficaci a tutela della salute pubblica.

Prevenire le malattie determinate dagli alimenti, ivi compresa l'acqua, con riferimento a:

- *prevenire le infezioni, le intossicazioni e le tossinfezioni alimentari* prevedendo l'integrazione dei dati dei flussi informativi disponibili così da tracciare un profilo regionale dell'impatto delle malattie a trasmissione alimentare sulla salute umana, nonché monitorando la completezza dei dati raccolti attraverso i flussi informativi già attivi (es. notifiche obbligatorie delle malattie infettive-diffusive) così da individuare eventuali aree da migliorare nei sistemi informativi;
- *programmare ed implementare i controlli ufficiali sugli operatori del settore alimentare*, così come previsto all'art. 3 del Regolamento CE n. 882/2004, sulla

- base della valutazione del rischio. A tal fine particolare attenzione dovrà essere rivolta all'attività di audit sugli operatori da parte delle Aziende ULSS;
- *rafforzare l'attività di tutela del consumatore dalla contaminazione ambientale degli alimenti*, attraverso controlli sulle filiere alimentari e delle aree territoriali maggiormente esposte alla possibile contaminazione industriale e, più in generale, ambientale;
 - *migliorare la conoscenza della qualità microbiologica dei corsi d'acqua* utilizzati a scopo irriguo;
 - *tutelare il consumatore nei confronti del pericolo di parassiti assunti con gli alimenti*, in particolare per quanto attiene i prodotti della pesca (pesce azzurro crudo o marinato crudo) in ambito locale;
 - *garantire la sicurezza igienico sanitaria dei prodotti della categoria piccole produzioni locali*, acquisendo i necessari elementi epidemiologici al fine di assicurare che tale categoria di prodotti sia compatibile con gli obiettivi di sicurezza fissati dalla legislazione alimentare. Ciò richiede la definizione di un modello (individuazione delle modalità e degli standard igienico-sanitari) che potrebbe essere replicato in altri ambiti e/o per altre tipologie di prodotti (prodotti tipici e tradizionali, agriturismi, filiere fragili);
 - *garantire la sorveglianza epidemiologica e la sicurezza nutrizionale* con lo scopo di realizzare un sistema coordinato di sorveglianza regionale su sovrappeso ed obesità, pattern nutrizionali ed attività fisica della popolazione in età evolutiva;
 - *potenziare l'educazione e la promozione della salute in ambito alimentare* con lo scopo di definire un metodo standardizzato per l'educazione alimentare a scuola e sviluppare un percorso formativo specifico per gli operatori del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e dei servizi veterinari, al fine di informare e formare la popolazione sull'importanza delle scelte alimentari corrette e sull'uso degli integratori alimentari, anche avvalendosi del supporto di medici, biologi e farmacisti specialisti in scienze dell'alimentazione;
 - *sostenere la ristorazione collettiva sociale* con lo scopo di favorire nella ristorazione la disponibilità di scelte alimentari nutrizionalmente corrette, individuando la figura del nutrizionista e del dietista come professionisti fondamentali in questo ambito;
 - *promuovere la consulenza dietetico-nutrizionale* con lo scopo di migliorare la qualità, l'appropriatezza e l'efficacia degli interventi di prevenzione della condizione di sovrappeso/obesità e delle malattie croniche nella popolazione.

In quest'area e con specifico riferimento all'ambito veterinario si prevede di:

- incrementare i controlli sulla corretta distribuzione ed impiego del farmaco veterinario nell'ottica di assicurare un più efficace sistema di farmacovigilanza;
- intensificare i controlli nei principali settori di produzione e distribuzione degli alimenti con particolare riguardo alla verifica dei requisiti di sicurezza alimentare e di corrette modalità di tracciabilità, rintracciabilità ed etichettatura degli alimenti;
- contrastare le contaminazioni chimiche nelle produzioni agro-zootecniche, incrementando i controlli con riferimento agli anabolizzanti, micotossine e contaminanti chimici dei mangimi.

Prevenire le Zoonosi e le malattie emergenti supportando gli interventi per la loro individuazione precoce, attivando le idonee misure di intervento ed acquisendo i dati epidemiologici che, opportunamente elaborati, consentono di individuare i fattori di rischio correlati alla persistenza e alla diffusione dell'infezione.

Rappresentano ulteriori aree di miglioramento:

- *sviluppare il piano regionale integrato dei controlli* attraverso la realizzazione di un sistema di controllo sull'igiene alimentare, sulla sanità animale e sull'igiene degli allevamenti, attuato in modo omogeneo ed integrato sulla base di una valutazione del rischio ed effettuato secondo una metodologia comune. Si intende, in particolare, potenziare l'osservatorio epidemiologico per le funzioni di studio e coordinamento della sorveglianza epidemiologica finalizzate al controllo completo della filiera, garantendo lo stretto collegamento e condivisione di informazioni necessarie fra la banca dati anagrafica degli allevamenti e i servizi veterinari delle Aziende ULSS e coinvolgendo i veterinari liberi professionisti, operanti nelle aziende zootecniche o nelle strutture ambulatoriali, per supportare gli interventi di individuazione precoce delle zoonosi;
- *sviluppare il piano di farmacovigilanza negli allevamenti* attraverso l'elaborazione di protocolli operativi per veterinari ed allevatori coinvolti nella gestione dei medicinali veterinari, al fine di semplificare le procedure gestionali e rendere più efficiente, efficace ed omogenea l'attività di farmacovigilanza effettuata dai servizi veterinari delle Aziende ULSS;
- *promuovere la lotta agli animali infestanti* con particolare riferimento alla necessità di ridurre la contaminazione da infestanti o da principi attivi utilizzati per il loro controllo nelle derrate alimentari, attraverso la riduzione dei vettori di trasmissione di zoonosi o di malattie degli animali. A ciò si aggiunge la promozione della riduzione delle intossicazioni primarie e secondarie degli animali non *target*.

Assicurare il benessere animale attraverso la valutazione basata sull'analisi del rischio. In particolare si dovrà razionalizzare, integrare e semplificare i controlli ufficiali effettuati sugli operatori del settore ed assicurare l'applicazione di protocolli operativi per l'attuazione dei regolamenti comunitari sull'igiene dei mangimi.

Con specifico riferimento al rapporto uomo-animale si prevede di:

- promuovere le buone pratiche di allevamento e la lotta agli animali infestanti, prevedendo la possibilità di attivare la collaborazione dei veterinari liberi professionisti, operanti nelle aziende zootecniche in qualità di veterinari aziendali;
- potenziare il controllo demografico della popolazione animale, aumentando gli interventi di sterilizzazione;
- potenziare il sistema di identificazione con *microchip*;
- implementare la lotta al randagismo e la tutela della incolumità dalle aggressioni dei cani;
- promuovere lo sviluppo di buone pratiche di gestione degli animali d'affezione anche ai fini del loro impiego nelle attività sanitarie.

Si ribadisce l'importanza della integrazione tra politiche di sanità pubblica e di tutela dell'ambiente, che trova nel Tavolo permanente salute-ambiente uno degli strumenti di indirizzo e coordinamento tra enti territoriali (Comuni e Province) ed Aziende ULSS.

Inoltre si sottolinea come gli indirizzi per le attività dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie vengano definiti attraverso la programmazione regionale (piano regionale prevenzione, piano regionale integrato dei controlli, ecc.), sviluppando e coordinando obiettivi ed interventi.

Si rende, altresì, necessario sviluppare un sistema regionale coordinato di comunicazione per garantire una corretta informazione del cittadino, del consumatore finale, degli operatori del settore e delle associazioni di categoria.

Più in generale rappresentano azioni trasversali di miglioramento del sistema regionale:

- il potenziamento del sistema informatico regionale di prevenzione finalizzato ad una gestione coordinata delle attività, anche ai fini del monitoraggio LEA;
- la finalizzazione della formazione degli operatori, conformemente alla pianificazione regionale anche attraverso l'utilizzo di tecnologie e di strumenti telematici;
- l'implementazione di pratiche e procedure di lavoro semplificate, orientate ai problemi sostanziali, finalizzate al raggiungimento di una maggiore uniformità nella realizzazione delle attività;
- la prosecuzione del percorso di semplificazione di norme sanitarie di natura preventiva, approfondendo il confronto e l'analisi anche con le categorie interessate, per evidenziare ciò che non è più supportato da prove di evidenza e di efficacia.

3.4.2 La rete dei Dipartimenti di Prevenzione

I Dipartimenti di Prevenzione costituiscono un importante strumento per la promozione di stili di vita salutari e per il controllo dei fattori di rischio che incidono sulla salute della popolazione, indicato come struttura tecnico funzionale (macro struttura) aziendale, assieme ai Distretti e all'Ospedale.

I Dipartimenti sono organizzati nei seguenti servizi:

- servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione;
- servizio di Igiene e Sanità Pubblica;
- servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro;
- servizi veterinari;
- servizio di Medicina Legale per un bacino di 1.000.000 di abitanti.

In attuazione degli indirizzi nazionali i Dipartimenti di Prevenzione sono organizzati nel Veneto a livello aziendale, benché lo svolgimento di alcune funzioni richieda una dimensione più ampia relativamente:

- all'esigenza di disporre di dati numericamente consistenti per conoscere i profili di salute delle popolazioni e per monitorare l'impatto su scala locale degli interventi di Sanità pubblica posti in essere;
- alla necessità di garantire una disponibilità, quantitativa e qualitativa, di risorse di personale e di strumenti per assicurare un presidio costante nel tempo per le emergenze territoriali;
- all'esigenza di realizzare il coordinamento di azioni di promozione della salute su scala più ampia, almeno provinciale (es. nell'ambito del diabete, delle malattie cardiovascolari, ecc.);
- alla necessità di definire rapporti ordinati ed efficienti con gli altri enti che si occupano di salute (es. Istituto Zooprofilattivo Sperimentale delle Venezie, INAIL,

Direzioni Provinciali del Ministero del Lavoro, organizzazioni sindacali dei lavoratori e datoriali, organismi bilaterali ed enti paritetici, magistratura, forze dell'ordine, ecc.), che sono essi stessi organizzati su scala provinciale.

Dall'esame del contesto regionale si rileva, inoltre, una notevole variabilità territoriale dei modelli organizzativi, delle risorse impiegate a parità di bacino di riferimento e delle attività di controllo in ambito alimentare, lavorativo, veterinario ed ambientale.

I Dipartimenti, oltre alle attività ordinarie di prevenzione e tutela della salute dei territori di competenza, svolgono funzioni specifiche di grande rilevanza nell'attuazione di indirizzi nazionali, in rete con altre strutture e/o enti, di emergenze sanitarie territoriali.

Pertanto rappresenta un obiettivo strategico della programmazione regionale la definizione e l'attuazione di un modello organizzativo di rete, che preveda l'individuazione di alcune funzioni ed attività da svolgersi su scala multizonale, con livelli di integrazione intradipartimentale, interdipartimentale, interistituzionale.

Le funzioni implementabili su scala multizonale possono essere le seguenti:

- osservazione epidemiologica;
- attività di educazione e di promozione della salute;
- definizione del rapporto ambiente-salute e promozione della salute associabile a fattori ambientali;
- attuazione coordinata di progetti nazionali di prevenzione delle malattie e promozione della salute;
- attività gestionali ed operative in caso di emergenze epidemiche o ambientali;
- raccordo con le reti regionali di controllo delle emergenze territoriali;
- prevenzione dei traumi da incidenti stradali e domestici;
- pianificazione provinciale delle attività di controllo e promozione negli ambienti di lavoro tra pubbliche amministrazioni (D.Lgs. n.81/2008).

3.5 AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO

3.5.1 Organizzazione degli interventi socio-sanitari

I cambiamenti sociali e demografici, quali l'invecchiamento della popolazione, la crisi economica ed il conseguente aggravamento del carico familiare influenzano i bisogni sociali e socio-sanitari e sollecitano sinergie tra le organizzazioni, orientando all'interdisciplinarietà, alla continuità dei percorsi di cura, ad un sistema integrato di interventi.

In quest'ottica il modello socio-sanitario veneto di servizi integrati alla persona si conferma come la modalità di risposta più adeguata ai bisogni della popolazione, che trova realizzazione nell'ambito dei Distretti socio-sanitari.

La programmazione e la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e socio-sanitari delle Aziende ULSS si concretizza nei Piani di Zona, strumento che nell'ultimo quindicennio ha contribuito al processo di evoluzione del *welfare* veneto.

Attraverso il piano di zona, si perseguono le seguenti finalità:

- promuovere una programmazione sociale integrata in grado di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione del benessere dei cittadini;
- favorire l'equità territoriale, sostenendo l'equilibrio nell'offerta dei servizi e promuovendo regolamenti e comportamenti uniformi all'interno del territorio;
- favorire lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione;
- favorire la piena integrazione fra i soggetti pubblici e i soggetti del privato sociale interessati alla costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- sostenere e facilitare il governo dell'integrazione socio-sanitaria.

Per poter perseguire tali finalità, il piano di zona si configura come specifico strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con le linee di indirizzo regionali. Attraverso il piano di zona si programmano la distribuzione e l'allocazione delle risorse coerentemente con i vincoli stabiliti su base regionale, nonché tutti gli interventi sociali e socio-sanitari del territorio, includendo sia gli interventi consolidati, sia le azioni di potenziamento e di innovazione promosse. A tale scopo devono essere inclusi nel piano di zona tutti gli interventi sociali e socio-sanitari, pubblici e privati, siano essi riferiti al territorio comunale, sovracomunale, distrettuale o all'intero ambito territoriale di riferimento dell'azienda ULSS.

Sulla progettazione regionale che afferisce al territorio deve essere acquisito il parere del comune territorialmente competente.

Il piano di zona rappresenta lo strumento attraverso il quale sono definiti progetti di collegamento tra la programmazione sociale e socio sanitaria e le altre politiche di supporto alla persona e alla comunità; prevede esplicita integrazione tra i soggetti competenti per le altre politiche (ad esempio le politiche abitative, del lavoro, dell'istruzione e dell'educazione), nonché tra le risorse e gli strumenti programmatori ad esse relativi.

I contenuti del piano di zona costituiscono la base fondamentale sulla quale vengono stipulati gli accordi di programma tra gli enti interessati e decise le deleghe da parte dei

comuni della gestione dei servizi sociali all'ULSS in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i comuni.

Il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona e ne segue l'attuazione ponendosi come snodo fondamentale nel rapporto tra ULSS e conferenza dei sindaci.

I comuni, mantenendo titolarità e responsabilità delle funzioni, nella gestione dei servizi sociali e socio-sanitari, attivano in modo primario l'esercizio delle delega; i comuni alla luce dell'art. 14 L. 122/2010 possono attivare la gestione associata delle funzioni sociali e le sperimentazioni istituzionali innovative, utilizzando le forme già previste della normativa vigente.

L'aumento ed il diversificarsi dei bisogni (non-autosufficienza/disabilità, disagio minorile/familiare, dipendenze, ecc.), nonché il concomitante contenimento delle risorse pubbliche richiedono l'individuazione di alcune azioni di sistema per garantire e potenziare gli attuali livelli di assistenza ai cittadini; perciò gli obiettivi strategici della programmazione regionale socio-sanitaria sono:

- la promozione della delega delle funzioni sociali ovvero della gestione associata dei servizi per i Comuni con eventuale esclusione dei capoluoghi di provincia, anche al fine di razionalizzare le risorse e garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio regionale;
- la sostenibilità dei servizi socio-sanitari per ciascuna Azienda ULSS dovrà essere garantita da un sistema di finanziamento del Fondo Sociale Regionale, dal Fondo regionale della non autosufficienza, dalle quote capitarie dei Comuni, dal Fondo Sanitario in quote capitarie e da un Fondo Sociale di Solidarietà tra Comuni. Quest'ultimo assume un significato di particolare rilievo rispetto all'assunzione di corresponsabilità di tutti i Comuni in relazione alle esigenze dei propri territori ed alla sostenibilità di oneri, a volte particolarmente gravosi, soprattutto da parte dei Comuni di piccole dimensioni;
- la realizzazione di un welfare di comunità attraverso il coinvolgimento del terzo settore nelle sue varie espressioni (associazioni, cooperative, fondazioni, volontariato...) in un'ottica di collaborazione sia nella programmazione che nella gestione corresponsabile anche economica dei servizi;
- il miglioramento della appropriatezza dell'assistenza socio-sanitaria attraverso sistemi di valutazione della domanda e dell'offerta, supportato dall'attivazione di un sistema informativo regionale, organico ed integrato, sui servizi territoriali;
- il potenziamento del sistema di valutazione della qualità assistenziale, ponendo attenzione al percorso assistenziale e non alla singola prestazione, anche attraverso indicatori di appropriatezza prescrittiva e di monitoraggio degli esiti;
- la diversificazione e la rimodulazione delle unità di offerta sviluppando anche l'elasticità organizzativa per adeguare gli standard previsti dalla L.R. n.22/2002 alle esigenze assistenziali ed alla sostenibilità economica del sistema;
- la definizione delle rette di riferimento da applicare, in particolare delle strutture semiresidenziali e residenziali, e la quota capitaria di competenza sanitaria e di competenza sociale.

La gamma dei servizi residenziali e semiresidenziali è prevista dalla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"; i rapporti tra le aziende dell'SSSR e gli enti locali con i

gestori delle strutture accreditate sono regolati mediante accordo contrattuale ai sensi dell'art. 17 della su indicata legge regionale n. 22/2002.

Gli obiettivi specifici e gli strumenti attuativi dell'integrazione socio-sanitaria sono:

- la realizzazione dello sportello unico integrato (DGR 39/06) per assicurare l'accesso al sistema dei servizi da parte dei cittadini secondo i principi di uniformità e omogeneità, per ricondurre ad unità interventi parcellizzati, favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi ed enti diversi e per semplificare le procedure burocratiche a carico dei cittadini;
- la definizione del progetto assistenziale individualizzato per individuare e garantire la risposta assistenziale appropriata rispetto alle condizioni del paziente;
- la valutazione unitaria ed uniforme dei bisogni sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali attraverso:
 - a) la multiprofessionalità con il coinvolgimento del responsabile dell'unità operativa Cure primarie, del medico-pediatra di famiglia, dell'assistente sociale, delle figure infermieristiche, dei professionisti degli specialisti delle discipline in relazione alle problematiche della persona (garantita dalla UVMD);
 - b) l'utilizzo condiviso di specifici strumenti di valutazione (es. SVAMA e SVAMDI);
 - c) il monitoraggio delle necessità assistenziali per intercettare eventuali modifiche o l'emergere di nuovi bisogni;
 - d) la valutazione dei risultati con procedure di verifica dello stato di attuazione degli obiettivi programmati e delle funzionalità dell'organizzazione, garantendo anche la rilevazione dei costi e degli esiti.

È inoltre obiettivo della programmazione regionale superare la disomogeneità degli aspetti organizzativo-gestionali dei distretti delle aziende ULSS, anche mediante la ridefinizione degli atti aziendali ed una conseguente riallocazione delle risorse.

È inoltre obiettivo della programmazione regionale considerare la fibromialgia come una malattia ad elevato impatto sociale e sanitario per la quale è necessario un percorso di informazione, educazione e divulgazione nei confronti dei cittadini veneti e degli enti preposti.

3.5.2 La famiglia: una "risorsa" da sostenere

Si possono individuare due dinamiche contrapposte che agiscono sulla struttura e sulla composizione familiare: da un lato l'invecchiamento demografico comporta l'aumento del numero di parenti anziani conviventi; dall'altro si va riducendo il numero dei bambini, tant'è che il modello diffuso di famiglia oggi si caratterizza principalmente per la presenza di un unico figlio. L'esito di queste due dinamiche produce un allungamento strutturale della famiglia, che diventa sempre più verticale e sempre meno orizzontale. È, altresì, vero che queste dinamiche vengono in parte attutite dalla significativa presenza di comunità immigrate, caratterizzate da modelli familiari e riproduttivi molto diversi da quelli autoctoni. Inoltre si assiste ad una sempre minore stabilità delle unioni e dei nuclei familiari, all'aumento dei nuclei monogenitoriali ed alla più diffusa presenza di famiglie ricostruite.

In ogni caso questi cambiamenti strutturali impongono una riflessione sul ruolo svolto dalla famiglia nella società, alla quale va riconosciuto il significato di nucleo delle relazioni solidali in grado di assicurare protezione e cura e, dunque, di generare valore sociale aggiunto. La famiglia rappresenta, infatti, uno dei luoghi privilegiati per valorizzare e sviluppare risorse utili a soddisfare le necessità dei suoi componenti: è stata e continua ad essere nel contesto veneto un rilevante ammortizzatore sociale, agendo sul sistema di protezione dei propri componenti nei passaggi cruciali delle fasi del ciclo di vita ed in occasione di particolari eventi (es. nascita ed accudimento dei figli, malattia, ecc.).

La famiglia, quale fonte di sostegno, di educazione, di cura della salute, di protezione, richiede di essere valorizzata e debitamente sostenuta, fermi restando gli obblighi del SSSR.

Una scelta strategica della programmazione regionale è, dunque, rappresentata dal sostegno alla famiglia:

- nel compito educativo verso i figli, attraverso interventi di sostegno alla genitorialità ed alla neo-genitorialità,
- nella realizzazione sociale ed economica dei coniugi che lavorano, attraverso la disponibilità di servizi per la prima e la seconda infanzia;
- nelle fasi di crisi coniugali e familiari, attraverso la formazione al dialogo di coppia ed un'azione puntuale da parte dei servizi territoriali;
- nel lavoro di cura verso i suoi componenti più deboli (anziani non autosufficienti, disabili, ecc.), attraverso il potenziamento dell'assistenza domiciliare, la finalizzazione degli assegni di cura, ecc.;
- nell'integrazione delle famiglie immigrate, attraverso interventi di mediazione culturale ed altri supporti per quei nuclei particolarmente a rischio.

In particolare le tipologie assistenziali da implementare devono rispondere a due principi fondamentali:

- la centralità della persona e della famiglia intesa sia come destinataria delle azioni di promozione della salute, prevenzione delle malattie, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti, sia come protagonista attivo, in un'ottica di sussidiarietà, nelle azioni che influiscono sulla salute;
- l'integrazione tra settori sanitari e sociali, con il coinvolgimento di istituzioni operanti in piani diversi, quali quello educativo, della protezione e tutela;
- lo sviluppo della tutela dei diritti, anche attraverso forme strutturate per il reclutamento, formazione e supporto degli amministratori di sostegno, dei curatori e dei tutori e per il rapporto facilitato con il giudice tutelare.

3.5.3 Area famiglia, infanzia, adolescenza, giovani

Le politiche per l'infanzia, la famiglia, i minori ed i giovani devono prevedere azioni volte al sostegno della genitorialità in tutte le sue fasi, in una visione complessiva dei

servizi che ponga al centro il ruolo della famiglia e che sviluppi una forte integrazione socio-sanitaria, una valida sintesi tra famiglia, bambini/minori, servizi e Comunità. A tal fine risulta strategica la collaborazione tra tutti i soggetti pubblici e privati del territorio, valorizzando il principio di sussidiarietà.

Il sostegno alla genitorialità deve realizzarsi anche attraverso un'adeguata offerta di servizi per la prima infanzia, in coerenza con gli obiettivi definiti dalla Strategia di Lisbona. I servizi per la prima infanzia, infatti, sono essenziali, da un lato per perseguire obiettivi di tipo educativo nei confronti dei bambini e della famiglia, dall'altro per garantire alla famiglia la possibilità di condurre una vita sociale e produttiva adeguata e per vivere le problematiche della prima infanzia in sintonia con altri nuclei familiari e/o contesti omologhi.

Questa area si connota per una elevata integrazione socio-sanitaria che include il Consultorio familiare, quale servizio territoriale rivolto al singolo, alla coppia ed alla famiglia, il servizio di età evolutiva/neuropsichiatria infantile rivolto ai minori con difficoltà evolutive, disturbi dell'apprendimento (tra cui anche la dislessia), disturbi relazionali e del comportamento in ambito familiare, disturbi neurologici e psicopatologici, nonché i servizi per la protezione e la tutela dei minori.

L'integrazione socio-sanitaria è qui finalizzata a garantire una presa in carico globale della persona e, al contempo, interventi preventivi e diagnostico-terapeutico-riabilitativi, a ristabilire il benessere fisico, psicologico, sociale, affettivo e relazionale, seguendo la famiglia lungo il suo ciclo di vita, ponendo attenzione al contesto e coinvolgendo nelle azioni tutti i soggetti che in Veneto partecipano alla realizzazione di specifici interventi di protezione sociale e di tutela giurisdizionale (Enti locali, scuola, famiglie affidatarie, enti di gestione delle comunità di accoglienza, tutori volontari, curatori speciali, Ufficio del Pubblico Tutore, Autorità Giudiziaria, Centro di Giustizia minorile, volontariato, Forze di polizia).

Rappresentano in particolare ambiti di attività da potenziare, anche in integrazione con i medici/pediatrati di famiglia, e, laddove necessario, in accordo con gli Enti locali:

- la qualificazione delle azioni a sostegno della genitorialità e delle neo-mamme a rischio psicologico, anche con interventi a domicilio in stretta collaborazione con il pediatra di famiglia. Si evidenzia, infatti, una crescita delle condizioni di difficoltà materne nel periodo post-neonatale;
- il supporto alla donna in gravidanza, in stretta collaborazione con l'Ospedale, sulla base di specifici protocolli clinici e percorsi assistenziali per le diverse problematiche socio-sanitarie;
- il potenziamento delle attività volte alla prevenzione delle gravidanze indesiderate, delle malattie sessualmente trasmissibili e del loro monitoraggio;
- la predisposizione di modalità di offerta attiva di ascolto, di educazione sessuale e di formazione alla genitorialità responsabile per adolescenti e giovani;
- il sostegno degli interventi di prevenzione delle situazioni di disagio e di tutela.

Un ulteriore livello di integrazione socio-sanitaria è richiesto per gli interventi che si realizzano nell'ambito della protezione e tutela del minore, sia in contesti di

consensualità con la famiglia che rispondono al principio di beneficenza, sia all'interno di un procedimento giudiziario amministrativo, civile, penale.

Andranno, perciò, sostenuti e potenziati:

- il consolidamento della mediazione familiare ed il supporto alle famiglie in caso di crisi coniugale o di eventi particolarmente rilevanti, anche proponendo consulenza legale per informazioni relative alla separazione;
- l'accompagnamento delle coppie e delle famiglie disponibili all'adozione, tramite le *equipe*-adozioni composte da operatori specializzati che fungano da riferimento unico per tutto il percorso adottivo, nella fase precedente e successiva all'ingresso del minore nel nucleo familiare;
- il rafforzamento delle politiche di promozione del benessere e tutela per i minori attraverso gli strumenti già sviluppati nel contesto veneto, quali: servizio di educativa territoriale, centri educativi e ricreativi, progetti giovani, gruppi sportivi e di volontariato;
- la realizzazione di azioni miranti alla creazione di "reti di buon vicinato" tra le famiglie anche per la collaborazione nella gestione dei tempi di cura (es. figli, genitori anziani, *housing* sociale, ecc.);
- il potenziamento dell'affido etero familiare nelle sue varie tipologie favorendo una gestione associata tra Comuni;
- il sostegno degli interventi di prevenzione e di trattamento delle situazioni di disagio e di tutela del minore in caso di maltrattamento, abuso o violazione dei suoi diritti, della sua dignità, dell'integrità e della libertà personale;
- la valorizzazione dell'attuale modello veneto di protezione e tutela dei bambini e dei ragazzi, caratterizzato da risposte diversificate e flessibili, basate su interventi di sostegno alle responsabilità genitoriali nelle famiglie in difficoltà anche ai fini di prevenire l'allontanamento dei figli minorenni, di sostegno e diffusione dell'istituto dell'affidamento familiare, di sostegno dell'accoglienza specializzata offerta dalle comunità educative e di tipo familiare, di creazione di comunità di accoglienza terapeutica rivolte a bambini e ragazzi con specifiche e gravi difficoltà relazionali;
- il potenziamento della rete dei servizi ospedalieri ed extraospedalieri (residenziali e semiresidenziali) a favore dei soggetti in età evolutiva affetti da disturbi neurologici e psicopatologici, ivi inclusi i minori con provvedimento dell'Autorità giudiziaria;
- il ripristino del Fondo Regionale per le Politiche Sociali – Sostegno di iniziative a favore dei minori in situazione di disagio e inserimento presso famiglie e strutture tutelate – mettendo a disposizione risorse adeguate e specifiche per l'accoglienza offerta dalle comunità educative per minori e per le altre forme di presa in carico;
- il sostegno, in collaborazione con il Pubblico Tutore dei minori, delle iniziative di sensibilizzazione, monitoraggio e vigilanza dello stato di effettività ed attuazione dei diritti dei minori, in sintonia con i dettami normativi internazionali ed europei, in rete con i diversi soggetti che a vario titolo hanno competenze e responsabilità rispetto ai minori;
- la revisione e la riedizione periodica delle Linee Guida per la protezione e la tutela dei minori, coinvolgendo nella revisione e nell'utilizzo anche la neuropsichiatria infantile, il Dipartimento di Salute Mentale, il Dipartimento per le dipendenze, l'Ospedale (relativamente alle unità operative in cui siano assistiti minori);

- il sostegno ai Comuni che si aggregano nelle varie forme e con esponenti del terzo settore per definire assieme un piano di sostegno alle iniziative di promozione delle politiche giovanili.

3.5.4 Area anziani

All'evidente allungamento della durata della vita non sempre corrisponde un effettivo miglioramento della sua qualità: con l'aumento dell'età cresce il problema della riduzione dell'autosufficienza, aggravata spesso dalla presenza di multipatologie e dall'isolamento sociale dell'anziano. La perdita di autosufficienza comporta un notevole carico assistenziale per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana e la concomitante modifica della struttura familiare ha causato una riduzione del numero potenziale e reale di *caregiver*.

È priorità della programmazione regionale promuovere la permanenza della persona anziana nel proprio contesto di vita, anche quando non autosufficiente.

Rappresentano, dunque, azioni prioritarie della programmazione regionale:

- l'estensione uniforme su tutto il territorio regionale del Servizio Assistenziale Domiciliare (SAD);
- la promozione dell'integrazione degli interventi domiciliari svolti dai Comuni e dalle Aziende ULSS, consolidando l'integrazione tra SAD/cure domiciliari in tutto il territorio regionale al fine di garantire un approccio globale alla persona (biologico, psicologico e sociale);
- il consolidamento dei contributi economici ed assegni di cura, quale supporto alla famiglia che sostiene il carico assistenziale della persona non autosufficiente, nonché la promozione di interventi di sollievo alla famiglia (attivazione di sostegno psicologico, moduli sollievo, soggiorni ad alta protezione, centri diurni, ecc.);
- la piena applicazione della L.R. n.30/2009, a garanzia dell'universalità di accesso al servizio e del diritto di scelta delle prestazioni da parte dei destinatari, nel rispetto dei criteri generali della programmazione regionale in materia socio-sanitaria;
- il potenziamento, nei limiti previsti dalle risorse disponibili, delle strutture complementari a valenza riabilitativa o intermedia finalizzate al rientro a domicilio;
- la promozione di azioni di selezione, formazione ed accompagnamento delle persone che assistono gli anziani all'interno delle famiglie;
- lo sviluppo del *housing* sociale protetto, soprattutto nei Comuni con alta dispersione demografica (piccoli Comuni montani e deltizi, lagunari e collinari, fatti di contrade isolate), in modo da ospitare per periodi diversificati (soprattutto d'inverno) anziani soli che difficilmente potrebbero essere raggiunti dal servizio domiciliare.

Un ulteriore obiettivo della programmazione regionale è rappresentato dal consolidamento e dalla valorizzazione del sistema della residenzialità socio-sanitaria sviluppatasi nel Veneto.

In quest'ambito rappresentano azioni strategiche:

- aggiornare il sistema dell'offerta di residenzialità nell'ambito della programmazione regionale e nei limiti delle risorse a ciò destinate;
- proseguire nello sviluppo delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni) aperte al territorio, in grado di erogare oltre alla tradizionale accoglienza residenziale, altri servizi di supporto alla domiciliarità (es. fornitura pasti, servizi assistenziali e riabilitativi, ecc.), fino a comprendere strutture di ricovero intermedie (es. ospedali di comunità);
- garantire il diritto alla libera scelta, che nel campo della residenzialità si concretizza nella facoltà del cittadino di scegliere la struttura residenziale (Centro di Servizio) maggiormente rispondente ai bisogni in riferimento alla proprie necessità.

3.5.5 Area disabilità

I bisogni della persona con disabilità sono complessi, non lineari e non facilmente prevedibili; una loro adeguata risposta richiede una elevata personalizzazione dei percorsi ed una forte capacità d'integrazione socio-sanitaria, radicata su soluzioni di natura istituzionale, gestionale, professionale e solidaristica.

L'ambiente rappresenta poi un fattore importante che influenza in modo direttamente proporzionale il grado di disabilità, imponendo ai servizi di orientarsi verso nuove scelte che vanno dalla rimozione delle cause ambientali (fisiche e relazionali), al ruolo degli operatori (sempre più stimolatori ed accompagnatori di un percorso personalizzato), al ruolo della famiglia partecipe del progetto di vita, al ruolo della stessa Comunità locale, sempre più importante per il progetto di inclusione sociale della persona con disabilità. Tale approccio deve porsi in linea con la Convenzione ONU per i diritti della persona con disabilità, secondo cui tutte le persone con disabilità hanno diritto ad una vita indipendente, hanno diritto di vedersi rivolgere i servizi necessari a non trasformare la loro disabilità in *handicap* e, quindi, hanno diritto alla personalizzazione dell'intervento socio-sanitario.

Nel Veneto un'esperienza ormai trentennale ha portato, da un lato, ad un forte mutamento dell'approccio culturale alla disabilità e, dall'altro, ad un sistema di servizi e di rete sociale coerente con il mutamento stesso.

La presa in carico, in un'ottica di globalità della persona, costituisce l'elemento fondamentale nella definizione e nella realizzazione di efficaci progetti d'intervento; comporta azioni di informazione, di orientamento, di valutazione, di raccordo con le risorse solidaristiche del territorio, di progettazione condivisa e di accompagnamento della persona e della famiglia per tutto il tempo necessario a raggiungere un sufficiente livello di autonomia e di inclusione sociale.

Costituisce obiettivo strategico della programmazione regionale l'integrazione nella comunità e la promozione dell'autonomia.

Rappresentano azioni prioritarie della programmazione regionale:

- la presa in carico della persona e l'accompagnamento delle famiglie da parte dei servizi dell'ULSS e del privato sociale;
- la predisposizione di percorsi di condivisione e di supporto, anche psicologico, ai genitori nella fase di comunicazione della diagnosi di patologie comportanti disabilità;
- la realizzazione del piano di assistenza individuale, attraverso l'UVDM, così come previsto dai provvedimenti regionali in considerazione delle fasi della crescita e della vita della persona disabile: per l'inserimento scolastico-educativo, per l'inserimento lavorativo, per l'inserimento nelle strutture diurne e residenziali, per gli interventi anche innovativi, di sollievo di autonomia e di vita indipendente;
- sostenere la formazione permanente degli specialisti (psichiatri, neurologi, psicologi, assistenti sociali, logopedisti, educatori) e degli operatori;
- sostenere i progetti di "Vita indipendente" e di "Aiuto personale per la disabilità grave" previsti dalla L. n. 104/1992 e successive modificazioni.

Le aziende sanitarie organizzino i propri servizi in modo da agevolare l'accessibilità da parte delle persone con disabilità e provvedano a collocare i servizi specifici in luoghi idonei e facilmente raggiungibili.

Rappresentano, inoltre, azioni specifiche della programmazione regionale:

- l'individuazione di percorsi riabilitativi per tutte le fasce d'età e di patologia, che abbiano come obiettivo finale l'autonomia, l'inclusione sociale e la partecipazione attiva del disabile nel suo contesto di vita, così da evitare un ricorso eccessivo alle strutture socio-sanitarie;
- la garanzia del diritto all'educazione e all'istruzione con la predisposizione di progetti educativi individuali, attraverso:
 - l'attivazione della UVDM per la certificazione di disabilità e la conseguente assegnazione di risorse, tra le quali l'assegnazione dell'operatore per l'assistenza personale, in un percorso di condivisione tra neuropsichiatria infantile, servizio disabilità e scuole;
 - la definizione di protocolli di collaborazione con il Dipartimento di Salute Mentale per la gestione dei casi con doppia diagnosi (disabilità e disturbo psichiatrico);
 - la progettazione, negli ultimi anni del percorso scolastico, di occasioni d'integrazione col mondo del lavoro attraverso *stage* o percorsi di alternanza scuola-lavoro, strutturati in sinergia tra scuola, Servizio di Inserimento Lavorativo (SIL) e con le cooperative sociali;
- la piena applicazione della L. n. 68/1999 sull'inserimento mirato e fondato sulla valutazione accurata delle risorse degli attori coinvolti (azienda, mansione lavorativa e persona da inserire);
- l'attivazione, a livello sperimentale, di un centro di ascolto e sostegno alle famiglie con bambini disabili per garantire alle stesse un supporto nelle responsabilità, un'adeguata formazione/informazione, vedendo riconosciuto e valorizzato il proprio ruolo di risorsa sociale. Il centro di ascolto collabora con i servizi del territorio e con i reparti di neonatologia e pediatria, per contribuire alla realizzazione di interventi

- finalizzati ad una presa in carico precoce, globale e continuativa delle famiglie e delle persone disabili;
- il consolidamento dei Centri diurni, sorti nel Veneto quali punti fondamentali della rete dei servizi. A fronte però dell'incremento della domanda di inserimento e la necessità di garantire la sostenibilità del sistema, si dovranno ricercare modalità organizzative e gestionali flessibili, rivolte soprattutto a persone con marcata gravità. Per persone con profili di lieve o media gravità andranno, invece, ricercate soluzioni alternative quali l'integrazione sociale in ambiente lavorativo, già positivamente sperimentate in alcune realtà del Veneto. Inoltre andrà valutata l'opportunità di prevedere idonei centri diurni zionali per adolescenti e giovani autistici per i quali, dopo la scuola dell'obbligo, non si configura una adeguata collocazione;
 - il potenziamento delle azioni preventive che consentano di sviluppare al massimo le risorse insite nella persona con disabilità e nella sua famiglia, elaborando progetti di vita più soddisfacenti, verso una maggiore autonomia. Si tratta di interventi educativi rivolti soprattutto a gruppi di persone con disabilità e familiari che utilizzano metodologie innovative e sviluppino un partenariato tra famiglie e servizi;
 - il potenziamento della rete residenziale per le persone con disabilità, nelle varie tipologie previste dalla L.R. n. 22/2002 (comunità alloggio, appartamento protetto, casa famiglia per disabili, ecc.), perseguendo obiettivi di risposta al "dopo di noi" e di sostenibilità gestionale, anche attraverso modalità diverse: dalla costituzione di Fondi solidarizzati alimentati dai Comuni (già attivati positivamente in numerose Aziende ULSS), a donazioni liberali, ad erogazioni di fondazioni bancarie. Ciò presuppone una gestione il più possibile unificata e solidaristica, con specifici accordi di programma tra Aziende ULSS e Comuni e privato sociale;
 - la definizione di reti clinico-assistenziali per quelle patologie dell'area della disabilità, caratterizzate da ampia complessità assistenziale (es. sclerosi multipla, autismo, ecc.) o che richiedono un elevato grado di tutela sanitaria, prevedendo il coinvolgimento delle strutture accreditate, la definizione di idonei standard organizzativi, la formulazione di linee guida finalizzate all'appropriatezza della presa in carico, l'eventuale creazione di registri regionali specifici di patologia. Tali interventi trovano nei servizi socio-sanitari ed assistenziali quella continuità dell'assistenza che qualifica il modello veneto socio-sanitario e che spesso segue l'intervento sanitario.

3.5.6 Area delle dipendenze

Negli ultimi anni anche in Veneto si è assistito ad una forte evoluzione nell'uso, abuso e dipendenza da sostanze psicotrope e dall'alcol. L'uso della cocaina, delle anfetamine, delle "droghe ricreative" è in costante incremento e le modalità assuntive comportamentali vengono sempre più a configurarsi come rituali sociali.

In particolare si configura stabile il consumo ed il numero delle persone dipendenti da eroina, mentre si ravvisano fenomeni del tutto nuovi, quali la costante diffusione tra le giovani generazioni del consumo di alcol, dell'uso improprio di farmaci e di vari tipi di sostanze, e l'abbassamento dell'età di primo consumo.

Un ulteriore fattore di criticità è rappresentato dal consumo di tabacco, che costituisce di gran lunga il più importante fattore di rischio per la salute: a fronte di una riduzione del numero dei fumatori adulti, si assiste al recente aumento del consumo tra i giovani.

L'approccio socio-sanitario alle dipendenze considera la tossicodipendenza come una condizione della persona con bisogni e problemi:

- sanitari (infezioni con morbilità psichiatrica, con problemi cardiovascolari, polmonari e neurologici);
- psicologici (vissuto di alterata percezione di sé, difficoltà di ruoli adulti e di responsabilità familiare e genitoriale, ecc.);
- sociali (graduale difficoltà di mantenere un adeguato adattamento relazionale, comportamentale e, di conseguenza, un lavoro).

Rappresentano azioni prioritarie della programmazione regionale:

a) la prevenzione primaria e selettiva:

- garantire informazione ed educazione alla popolazione giovanile per prevenire i danni causati dall'uso del tabacco, delle sostanze stupefacenti e dell'abuso di farmaci ed alcolici;
- potenziare la promozione di comportamenti e stili di vita sani e sobri in collaborazione con le famiglie;
- coinvolgimento attivo dell'ente locale, della conferenza dei sindaci, del mondo della scuola, dello sport, delle realtà parrocchiali, del volontariato e dell'animazione, di tutti gli adulti significativi con funzioni educative nei confronti dei bambini e degli adolescenti;

b) la cura:

- favorire una presa in carico il più precoce possibile, aggiornando la tradizionale operatività dei Sert all'evoluzione dei tempi e degli stili di assunzione dei nuovi assuntori;
- individuare idonee strategie per coinvolgere i minori e le loro famiglie, in particolare attraverso la realizzazione di "spazi neutri non connotati" per la consultazione e presa in carico dei più giovani, capaci altresì di assicurare una integrazione degli interventi e dei servizi;

- promuovere le attività mirate alla disassuefazione al fumo durante un ricovero ospedaliero, sostenendo successivamente una presa in carico territoriale per il mantenimento;
- rivedere l'accreditamento dei diversi percorsi di cura con nuove unità d'offerta più flessibili e con percorsi estensivi, di lunga durata, sperimentando forme di responsabilizzazione con finalità educative e di recupero;
- puntare al superamento della cronicità assistenziale ai soggetti dipendenti da sostanze attraverso la promozione di un utilizzo più appropriato del metadone e la progettazione di percorsi in Comunità per il loro reinserimento sociale;

c) la riabilitazione:

- favorire il reinserimento e l'integrazione sociale delle persone con problemi di dipendenza, attraverso l'attivazione di percorsi socio-lavorativi efficaci, un appropriato uso delle risorse sanitarie e sociali e l'attento coinvolgimento del SIL;
- coordinare queste progettualità all'interno dei piani di zona, area tossicodipendenze e marginalità sociale;
- accompagnare le famiglie coinvolte nel percorso terapeutico del loro congiunto, attraverso un sostegno specifico (psicoeducazionale) e/o l'inserimento in gruppi di auto-aiuto.

Il Dipartimento per le dipendenze, attivo in tutte le Aziende ULSS, attraverso il coinvolgimento della Conferenza dei sindaci, l'integrazione pubblico-privato sociale e la rete del volontariato locale, dovrà garantire la concreta attuazione di tale strategia ed il relativo coordinamento. Allo scopo andrà perseguita una sempre maggiore integrazione dei Sert nella rete dei servizi territoriali, ospedalieri e con il Dipartimento di Prevenzione, a partire dalla medicina di famiglia. In particolare, va promossa una forte integrazione tra Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze patologiche, che salvaguardi l'autonomia organizzativa delle due aree ma preveda una programmazione congiunta, da svilupparsi nel Piano di Zona, con possibilità di sperimentare, a livello locale, nuovi modelli organizzativi integrati.

Saranno, inoltre, definiti in modo puntuale:

- l'equilibrata diffusione nel territorio delle strutture residenziali, garantendo sia la fase riabilitativa intensiva sia la fase estensiva di "lungoassistenza", con tipologia a bassa soglia assistenziale necessaria per quegli utenti particolarmente gravi e cronici, potenziando le realtà presenti nel territorio regionale (a tal fine le eventuali mobilità fuori regione dovranno essere autorizzate con decreto del Direttore dei Servizi Sociali);
- la sperimentazione, nella fase finale del percorso comunitario verso l'autonomia (fase prevalentemente sociale), di una contenuta compartecipazione alla spesa di mantenimento da parte dell'utente e della sua famiglia;
- la graduale messa a regime, come attività ordinaria, delle azioni previste dalla progettualità dei territori nell'ambito del Fondo Lotta alla Droga, in particolare per quanto attiene alle attività di prevenzione e di reinserimento sociale e lavorativo;
- il sostegno costante alla rete del volontariato, soprattutto nell'area alcologica, per potenziare la rete dei gruppi di auto-mutuo aiuto operanti nel territorio regionale;

- attività di informazione, di assistenza specialistica medica, psicologica e supporto sociale alle persone sofferenti di dipendenza da gioco d'azzardo e da nuove emergenti dipendenze (es. videogiochi, *internet*, *trading* finanziario *online*, ecc.).

3.5.7 Area della salute mentale

Nel corso degli anni si è rilevato un incremento significativo della domanda di interventi psichiatrici, collegati ad una evoluzione qualitativa e quantitativa della patologia psichiatrica. Inoltre vanno aumentando le richieste di visite specialistiche e di presa in carico per disturbi ansioso-depressivi, gli interventi complessivi per i disturbi schizofrenici e dell'umore, l'incidenza dei disturbi di personalità.

L'impostazione degli interventi in questo ambito è basata sui principi di rispetto della dignità della persona, del riconoscimento del bisogno di salute, dell'equità dell'accesso all'assistenza, della qualità e dell'appropriatezza delle cure, della forte integrazione fra area delle cure sanitarie e l'area delle iniziative socio-relazionali.

Il modello operativo adottato per la prevenzione e cura della patologia psichiatrica è quello dell'organizzazione dipartimentale, articolato in una rete integrata di servizi, secondo una logica di psichiatria di comunità. Detto modello si compone di:

- Centro di Salute Mentale (CSM) con attività prevalentemente ambulatoriali ma anche attività domiciliare e socio-ambientale, in raccordo con il medico di famiglia;
- *day hospital* territoriale quale area per prestazioni diagnostico-terapeutico-riabilitative a breve-medio termine, che richiede un regime residenziale diurno;
- Centro Diurno con finalità terapeutico-educativo-riabilitative e propedeutiche al lavoro;
- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura con funzioni di ricovero in regime di degenza ordinaria e di *day hospital* ospedaliero;
- Comunità Terapeutica Riabilitativa Protetta (CTRP) con due moduli (ad alta attività assistenziale e ad attività assistenziale intermedia);
- Comunità Alloggio con due moduli (di base ed estensivo) a protezione differenziata per pazienti nell'ambito di programmi assistenziali personalizzati e per periodi di tempo prolungati, con verifiche predefinite e rinnovabilità degli stessi;
- Gruppi Appartamento Protetti con assistenza socio-sanitaria di bassa intensità;
- eventuali servizi innovativi e sperimentali (ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali) per il trattamento di patologie di particolare rilevanza o gravosità (es. problematiche psichiatriche e psicopatologiche dell'adolescente, disturbi del comportamento alimentare).

Si tratta di una rete articolata che, sotto la regia del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), deve lavorare attraverso il metodo del Progetto Assistenziale Individualizzato, condiviso con gli altri servizi del territorio, a partire dalla medicina di famiglia e, per i casi complessi, definito in UVMD: questa modalità consentirà di concretizzare sempre di più la integrazione del DSM nel Distretto, pur salvaguardando la sua natura transmurale.

In questo quadro generale vengono individuate le seguenti azioni strategiche:

- consolidare la rete dei servizi del DSM realizzati soprattutto negli ultimi anni, qualificando le prestazioni sull'evoluzione delle domande e prevedendo modelli consolidati, ancorché scarsamente diffusi, di erogazione dell'offerta (interventi

psicoterapici di gruppo, gruppi psicoeducazionali, sostegno psicologico, assistenza domiciliare);

- definire programmi di sostegno alle famiglie con pazienti psichiatrici, attraverso un'assistenza domiciliare finalizzata anche ad aumentare le capacità di cura della famiglia;
- consolidare e qualificare la rete residenziale e semiresidenziale, a gestione diretta o convenzionata, necessaria sia per le situazioni sub-acute post crisi (CTRP), sia di breve o medio-lungo periodo (comunità alloggio di base ed estensive e gruppi appartamento protetti);
- sviluppare l'utilizzo della *Evidence Based Medicine* (EBM) e delle evidenze scientifiche dei trattamenti appropriati nelle varie patologie psichiatriche;
- rafforzare la collaborazione con la medicina di famiglia nella costruzione di percorsi di *screening*, diagnosi precoce, trattamento e nella presa in carico del paziente con le forme meno gravi (ma più frequenti) di depressione nell'adulto-anziano;
- promuovere interventi di contrasto allo stigma nelle sue varie forme con l'obiettivo di favorire la coesione sociale valorizzando le diversità delle persone con disturbi mentali, sperimentando strumenti nuovi di interazione, dialogo e conoscenza;
- promuovere interventi terapeutico-riabilitativi che facilitino il percorso di recupero delle abilità individuali-relazionali-lavorative dei soggetti più deboli al fine di riacquisire l'autonomia personale, sociale e lavorativa;
- rendere prioritario per i DSM l'obiettivo dell'inserimento lavorativo nei percorsi terapeutico-riabilitativi e di facilitare la collaborazione tra i diversi soggetti che a vari livelli si occupano di inserimento lavorativo di persone con disturbi psichiatrici;
- promuovere una forte integrazione tra Salute mentale e dipendenze patologiche, che salvaguardi l'autonomia organizzativa delle due aree ma preveda una programmazione congiunta, in particolare nel Piano di Zona, con possibilità di sperimentare a livello locale nuovi modelli organizzativi integrati;
- sviluppare linee guida regionali e/o protocolli di collaborazione a livello locale tra DSM e servizi distrettuali relativamente all'età evolutiva, finalizzati ad una migliore assistenza dei minori/adolescenti con problemi psicopatologici;
- prevedere l'estensione dell'accesso ai Centri Diurni, in modo omogeneo sul territorio veneto, anche agli adulti, di entrambi i sessi, con disabilità medio-grave, di età superiore ai 60 anni.

Il coinvolgimento attivo dell'utente e della famiglia nella partecipazione al progetto terapeutico è fondamentale; altrettanto importante è il sostegno ed il raccordo della rete informale con la rete formale per garantire al paziente una risposta flessibile e continuativa, sia ricreativa che sociale e lavorativa: va pertanto incentivata la collaborazione con le associazioni di volontariato e il privato sociale, favorendo e consolidando nel territorio la presenza di reti informali (familiari, parentali, amicali, di vicinato, di auto-mutuo-aiuto).

Si sottolinea, inoltre, come la tematica della salute mentale in età evolutiva ed in adolescenza presenti alcuni bisogni specifici, ai quali è necessario garantire risposte differenziate ed integrate tra i servizi distrettuali e il DSM, al fine di:

- individuare precocemente i segnali di fragilità e monitorare le situazioni individuate;
- formulare diagnosi tempestive e trattamenti precoci;
- accompagnare i percorsi dei soggetti quando, al raggiungimento della maggiore età, la presa in carico transita dai servizi per i minori ai servizi per l'età adulta;
- garantire adeguato sostegno ed interventi psicoeducazionali alle famiglie.

Per soddisfare la domanda di interventi psichiatrici risulta, inoltre, essenziale l'apporto delle strutture private accreditate che partecipano all'erogazione di assistenza e cura per la salute mentale, sviluppando sinergie con il DSM.

A fronte della condivisione nel territorio regionale del modello organizzativo e delle azioni strategiche, permangono tuttora importanti disparità nell'utilizzo delle risorse. È pertanto essenziale approfondire questo aspetto nei vari DSM, analizzando i costi in relazione alle caratteristiche qualitative/quantitative della domanda ed alla tipologia delle risposte offerte. Nel rispetto delle specificità di ciascun territorio e della pluralità dei modelli di intervento, è dunque necessario sviluppare modelli appropriati relativi alla promozione della salute, alla prevenzione, alla presa in carico, ai percorsi terapeutici e riabilitativi.

Allo scopo si prevede che le Aziende ULSS, nell'arco di vigenza del presente PSSR, assegnino fino al 5% del proprio *budget* al conseguimento dei suddetti obiettivi di salute mentale.

3.5.8 Area della Sanità penitenziaria

Il DPCM del 01.04.2008, avente per oggetto “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, ha disciplinato le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie relative alla Sanità penitenziaria.

Il passaggio delle competenze sanitarie dal Ministero di Giustizia alle Regioni ha posto tre importanti questioni:

- l'omogeneizzazione dell'assistenza sanitaria a favore della popolazione detenuta con il SSSR;
- la gestione dell'inserimento in comunità, su provvedimento dell'Autorità giudiziaria, di minori e giovani adulti tossicodipendenti e/o affetti da disturbi psichici;
- gli interventi da attivare rispetto a coloro che vengono dimessi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Relativamente alla prima questione vengono ribaditi alcuni indirizzi fondamentali, già contenuti nelle linee guida nazionali allegate al DPCM:

- il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi e degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, tenendo in debito conto la specificità che deriva dallo status di detenuto e la necessità di adeguare a tale specificità l'assistenza sanitaria erogata in carcere;
- la necessità di una piena collaborazione interistituzionale tra SSN, Amministrazione penitenziaria e Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute ed il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché l'esigenza di sicurezza all'interno degli istituti penitenziari, degli istituti penali per minori, dei centri di prima accoglienza, delle comunità e dei centri clinici.

Relativamente alla gestione dell'inserimento in comunità su provvedimento dell'Autorità giudiziaria di minori e giovani adulti tossicodipendenti e/o affetti da disturbi psichici, vengono confermate le procedure operative sperimentate in attuazione del Protocollo d'Intesa siglato fra la Regione Veneto e il Centro Giustizia Minorile. Tali procedure confermano la competenza dell'invio del minore in struttura da parte del Centro Giustizia Minorile, la titolarità della presa in carico da parte dei servizi territoriali del minore, del suo progetto terapeutico riabilitativo, della valutazione diagnostica e, salvo i casi urgenti, l'individuazione della comunità terapeutica idonea, in collaborazione con i servizi dell'Amministrazione della Giustizia, nel rispetto dell'autorità professionale di competenza.

Va, inoltre, promossa una gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie a favore dei detenuti, integrando l'assistenza alla tossico/alcolodipendenza con le altre forme di assistenza sanitaria in carcere.

Con riferimento all'assistenza ospedaliera per acuti, andrà adeguata l'offerta per rispondere ai bisogni di ricovero della popolazione detenuta.

Per quanto riguarda l'accoglienza, nella propria Regione di provenienza, degli internati dimessi dagli ospedali psichiatrici giudiziari si possono sperimentare, compatibilmente con le risorse disponibili, percorsi di inserimento in strutture intermedie, che permettano una collocazione temporanea a persone con misure detentive o in libertà vigilata oppure percorsi di affidamento ai servizi psichiatrici e sociali territoriali.

È, altresì, strategico promuovere percorsi riabilitativi integrati, finalizzati a superare il disorientamento susseguente alla scarcerazione e, quindi, il rischio della reiterazione dei reati. Anche in questo ambito è necessario sviluppare una presa in carico globale della persona da parte dei servizi sociali e da parte della comunità, al fine di realizzare un percorso di inclusione sociale, durante lo sconto pena o almeno al termine della stessa.

Infine sarà necessario adeguare i sistemi e i flussi informativi sanitari al fine di dare separata evidenza agli interventi in materia di sanità penitenziaria.

4. STRUMENTI A SUPPORTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA

4.1 QUALITÀ E SICUREZZA DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

4.1.1 Clinical governance

La *clinical governance*, nella originaria formulazione, viene definita come “il contesto in cui i servizi sanitari si rendono responsabili del miglioramento continuo della qualità dell’assistenza e mantengono elevati i livelli di prestazioni, creando un ambiente che favorisca l’espressione dell’eccellenza clinica” (*A first class service, Department of Health, 1998 - UK*).

In particolare la *governance*:

- specifica la distribuzione dei diritti e delle responsabilità fra i diversi soggetti appartenenti ad un’organizzazione;
- definisce regole e procedure per la presa delle decisioni;
- fornisce la struttura mediante la quale l’organizzazione definisce i propri obiettivi, i mezzi per ottenerli, i sistemi di monitoraggio delle prestazioni.

Clinical governance significa, quindi, coerente capacità di monitoraggio dei fenomeni sanitari, loro indirizzo e gestione. In particolare la *clinical governance*, quale contestualizzazione ed adattamento del perseguimento della qualità dell’assistenza sanitaria nelle singole organizzazioni sanitarie, riunisce quattro fondamentali dimensioni:

- la competenza professionale (qualità tecnica);
- la capacità di soddisfare le aspettative ed i valori delle persone assistite, dei loro familiari e dei professionisti (qualità percepita);
- l’uso razionale delle risorse disponibili (efficienza tecnica ed allocativa);
- la gestione del rischio, intesa come minimizzazione dei rischi per i pazienti (*risk management*).

La prospettiva della *clinical governance* non si limita ai confini della singola struttura ospedaliera, ma coinvolge anche le strutture territoriali, dove proseguono o nascono i processi di cura.

Più in generale, il concetto di *governance* viene attualmente esteso alla “*governance integrata*” perché appare sempre più necessario tenere insieme tutti gli elementi delle organizzazioni sanitarie (la gestione clinica, finanziaria, delle tecnologie, dell’informazione, la ricerca, l’etica, ecc.), sviluppando una rete di processi integrati.

Si tratta, dunque, di un approccio metodologico verso cui necessariamente il SSSR intende orientarsi affinché il contenimento dei costi e la gestione efficiente dei servizi non siano disgiunti dal perseguimento della qualità, dell’efficacia, della sicurezza e dell’appropriatezza delle prestazioni.

Si individuano come azioni strategiche della programmazione regionale:

- l'assunzione di una visione integrata e multidisciplinare dell'assistenza, sviluppando un orientamento al processo assistenziale che coinvolga più professionisti nel trattamento del singolo caso (lavoro in *team*);
- la responsabilizzazione degli operatori, condividendo nell'ambito del *team* l'impegno a perseguire l'efficacia della presa in carico;
- lo sviluppo di un approccio sistematico e di una capacità trasversale di valutazione e di monitoraggio sull'insieme del contesto sanitario;
- la predisposizione di linee guida, fondate su prove di efficacia clinica e costi-benefici, che tengano in considerazione l'esperienza dei professionisti, dei *manager* ed i valori e le aspettative degli utenti;
- la messa in atto di politiche di comunicazione e di informazione che consentano ai pazienti di:
 - accrescere la consapevolezza di quanto è appropriato conseguire dagli interventi sanitari,
 - adottare comportamenti funzionali al raggiungimento degli obiettivi di salute,
 - effettuare scelte pienamente informate in presenza di diverse alternative diagnostico-terapeutiche,
 - esprimere i propri disagi, trovando tempestive risposte in un sistema che tenga conto della qualità percepita;
- la potenziamento del sistema informativo con flussi sistematici, sia clinici che economici, in grado di fornire una rappresentazione unitaria dei processi assistenziali. In particolare appare necessario migliorare l'accuratezza, la completezza, la tempestività e la fruibilità delle informazioni sanitarie, al fine di poter valutare compiutamente l'appropriatezza clinica e organizzativa;
- lo sviluppo della formazione, interprofessionale e monotematica per specifici problemi, in tema di *clinical governance*, audit clinico e metodi di analisi degli eventi avversi, da integrare con la capacità di utilizzare tutti gli strumenti necessari alla gestione delle diverse dimensioni della qualità.

A livello aziendale il Collegio di Direzione sviluppa funzioni di *clinical governance*, come supporto alla Direzione Generale, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate a migliorare l'efficienza, l'efficacia, l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, ed a garanzia di equità nell'opportunità di accesso.

Per l'esercizio di questa funzione il Collegio di Direzione avrà la responsabilità della messa a punto di un sistema consolidato di audit clinico, potrà definire un programma aziendale di gestione del rischio, potrà programmare e gestire un'attività di formazione continua, nonché svolgere attività di ricerca, di innovazione e di miglioramento continuo.

4.1.2 Risk management e sicurezza del paziente

Gli eventi avversi vengono normalmente correlati ad effetti non solo prettamente di natura professionale ma anche di natura organizzativa, gestionale ed economico-finanziaria, visto che sul funzionamento del sistema incidono anche i processi decisionali.

Più in dettaglio si distinguono due categorie di rischio:

- i rischi di natura clinico-professionale derivanti dalle attività sanitarie e che fanno capo più specificatamente ai singoli professionisti;
- i rischi afferenti alla gestione aziendale che emergono dalle attività e dai processi di gestione, dallo stato di manutenzione della struttura, dalla disponibilità e dalle condizioni di sicurezza delle attrezzature e dall'organizzazione con cui si dovrebbe garantire la vigilanza sulle attività aziendali.

Sul piano operativo sono già stati elaborati alcuni strumenti per facilitare, da una parte, l'individuazione e la valutazione del rischio (*incident reporting*, analisi delle modalità di errore, analisi delle cause, ecc.) e, dall'altra, la sua gestione e prevenzione (valutazione ed adozione di buone pratiche clinico-assistenziali ed organizzative).

Il modello organizzativo, attraverso cui ogni Azienda Sanitaria attua le politiche aziendali per la sicurezza del paziente, coinvolge:

- il responsabile delle funzioni per la sicurezza del paziente,
- il comitato esecutivo per la sicurezza del paziente,
- il collegio di direzione,
- il nucleo aziendale per la gestione dei sinistri.

Si conferma, quindi, l'attuale modello organizzativo implementato in ogni Azienda Sanitaria pubblica e privata, sottolineando la necessità di rendere le attività sistematiche e continuative e ribadendo l'importanza di:

- promuovere e sviluppare un approccio alla gestione del rischio basato sul processo positivo di apprendimento dagli errori;
- portare a regime il sistema dell'*incident reporting*, della segnalazione sinistri e degli eventi sentinella;
- promuovere la messa a regime e l'utilizzo sistematico da parte delle Aziende dell'applicativo unico per la gestione dei reclami rivolti agli Uffici Relazioni con il Pubblico aziendali, aventi ad oggetto episodi inerenti la sicurezza del paziente;
- potenziare i flussi informativi attivati, rendendoli strutturati e sistematizzati in un unico sistema informativo organizzato, al fine di costituire una banca dati completa ed aggiornata;
- potenziare l'attività di audit regionale e definire linee di indirizzo per la realizzazione dell'audit sistematico delle cartelle cliniche, allo scopo di analizzare il percorso assistenziale nella prospettiva di pervenire eventi avversi;
- potenziare l'utilizzo del consenso informato;
- promuovere e realizzare programmi di formazione sulla sicurezza del paziente, con particolare riferimento ai sistemi di rilevamento e di analisi degli eventi avversi.

Con la finalità di consolidare la fiducia del cittadino verso le strutture sanitarie venete, anche in occasione di eventi dannosi, si reputa opportuno avviare il SSSR verso la gestione diretta dei sinistri, da affidarsi alle Aziende Sanitarie, eventualmente aggregate in area provinciale. Si intende in questo modo promuovere tra i diversi soggetti coinvolti (strutture, singoli professionisti) la consapevolezza degli eventi di danno, l'analisi dei fattori di rischio e, di conseguenza, le azioni più efficaci per prevenire i sinistri.

L'autogestione del rischio viene, altresì, avvalorata dalla crescente difficoltà, manifestata dalle Aziende Sanitarie, nel reperire coperture assicurative adeguate al rischio da garantire. Negli ultimi anni si è, infatti, assistito ad un costante e rilevante incremento del costo complessivo dei premi di polizza ed alla formulazione, da parte delle compagnie assicuratrici, di clausole normative sempre più restrittive sulle garanzie offerte.

Per questi motivi, in via sperimentale, sarà avviata una attività di liquidazione sinistri interna alle Aziende Sanitarie che, con il necessario supporto tecnico di medici legali, prenderà in carico la richiesta di danno, ne valuterà la fondatezza e, qualora necessario, procederà direttamente con fondi di bilancio alla liquidazione ed al pagamento del sinistro. Restano esclusi da questo approccio i cosiddetti "danni catastrofali", di importo superiore ai 500.000 euro, il cui rischio continuerà a trasferirsi al mercato assicurativo.

Nel contesto della nuova metodica della gestione diretta aziendale dei rischi di RCT sarà comunque prevista la continua trasmigrazione di dati alla Regione, al fine di monitorare con efficacia e tempestività l'andamento della sinistrosità nelle diverse Aziende Sanitarie, permettendo altresì un raccordo con le azioni assunte in tema di gestione del rischio clinico.

4.1.3 Accredimento istituzionale e politiche per il miglioramento continuo della qualità

La Regione, al fine di garantire i LEA, eroga le prestazioni sanitarie avvalendosi di strutture accreditate, nel rispetto della vigente normativa statale e regionale. In questo quadro, per assicurare il raggiungimento degli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi sono necessari i seguenti interventi.

- *Completamento di una banca dati sulle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali autorizzate e accreditate.*

La Regione, attraverso la ricognizione sistematica delle strutture sanitarie, *socio-sanitarie e sociali* autorizzate e accreditate nonché delle funzioni svolte dalle medesime, elabora la mappatura completa della loro distribuzione sul territorio e rende disponibile, attraverso lo sviluppo del sistema informativo, ogni elemento utile a conoscere la situazione aggiornata dell'offerta sanitaria.

- *Diffusione degli standard qualitativi regionali su tutta l'offerta sanitaria, socio-sanitaria e sociale pubblica e privata.*

La Regione ha tra i suoi obiettivi strategici l'innalzamento del livello qualitativo dell'offerta sanitaria, *socio-sanitaria e sociale*, da realizzare attraverso la verifica periodica dell'adeguamento agli standard determinati da parte di tutte le strutture.

- *Semplificazione del procedimento di autorizzazione e di accreditamento con eventuale revisione della disciplina regionale.*

In ambito regionale è stata data attuazione alla normativa vigente in materia di accreditamento istituzionale. Si rende, inoltre, opportuno:

- procedere all'analisi sull'adeguatezza dei livelli di governo coinvolti nei procedimenti; svolgere un'analisi sull'attualità dei requisiti previsti nella disciplina attuativa ai fini di un'eventuale revisione;
- implementare un'analisi dei procedimenti per individuare ulteriori strumenti giuridici, amministrativi, informativi ed operativi che garantiscano il raggiungimento di uno standard per ciascuna fase procedimentale (informatizzazione, definizione di modelli e schemi-tipo, ecc.)
- *Definizione dei criteri per l'individuazione delle strutture accreditate con le quali stipulare gli accordi contrattuali.*

La Giunta Regionale definisce i criteri di programmazione sulla base dei quali le Aziende Sanitarie individuano le strutture accreditate con le quali stipulare gli accordi contrattuali per l'erogazione di prestazioni con oneri a carico del SSSR.

4.2 RICERCA E INNOVAZIONE

La ricerca rappresenta una funzione fondamentale e costitutiva di ogni moderno sistema sanitario, in quanto supporta lo sviluppo delle competenze e conoscenze scientifiche, ed affina la messa a punto di processi organizzativi e produttivi innovativi, al fine di migliorare la capacità di risposta del sistema, l'efficacia in termini di guadagno di salute della popolazione, l'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse. È necessario però programmare razionalmente la ricerca, finalizzarla a un miglioramento delle attività assistenziali, monitorarne costantemente i cicli di evoluzione. Occorre, dunque, promuovere il raccordo e l'integrazione tra ricerca di base, ricerca applicata, sperimentazione ed innovazione nelle tecnologie e nell'organizzazione dei servizi.

La capacità di ricerca è perciò un capitale da valorizzare a tutti i livelli del SSSR, secondo le *mission* istituzionali dei singoli soggetti.

È interesse del SSSR sostenere, in tutti i modi possibili, la ricerca e l'innovazione, rapportandole ai seguenti principi guida:

- finalizzazione agli indirizzi della programmazione regionale;
- orientamento mirato ai bisogni di salute dei cittadini ed allo sviluppo del sistema assistenziale veneto;
- sostenibilità economica ed efficiente utilizzo delle risorse.

Viene, altresì, ribadito il ruolo regionale di *governance*:

- nella determinazione delle priorità;
- nel coordinamento a supporto della ricerca;
- nella capacità di mettere in rete risorse, dati e competenze;
- nella valorizzazione delle reti tra i diversi soggetti;
- nella definizione di sistemi di premialità per le eccellenze;
- nella valorizzazione dei benefici per la collettività e nel monitoraggio degli esiti.

Tali tematiche sono in parte richiamate dalla L.R. n.9/2007 che promuove la tutela, la valorizzazione, lo sviluppo e la diffusione della ricerca di base ed applicata, mettendo in rete le Università degli Studi del Veneto, le istituzioni di ricerca, l'impresa veneta ed altri soggetti operanti sul territorio regionale. Le *partnership* pubblico-privato, opportunamente disciplinate, possono rappresentare uno strumento di innovazione importante, attraverso il quale la componente scientifica, istituzionale ed il terzo settore si incontrano con l'obiettivo comune di migliorare la qualità del sistema e sperimentare nuovi modelli in Sanità.

Rappresentano indirizzi della programmazione regionale:

- il consolidamento del sistema delle Aziende Ospedaliere Universitarie e, attraverso di esse, l'integrazione tra pratica clinica e ricerca universitaria, con valorizzazione delle eccellenze;
- il potenziamento della capacità di didattica e di ricerca diffusa, coinvolgendo anche le Aziende ULSS e gli IRCSS nell'ambito di reti e progetti congiunti, al fine di coniugare le funzioni di programmazione socio-sanitaria con quelle di ricerca ed innovazione. I professionisti, anche delle professioni sanitarie, dovranno essere sostenuti nella produzione di evidenze scientifiche e nell'integrazione delle conoscenze disponibili sulle pratiche assistenziali. Tale coinvolgimento è necessario:
 - per qualificare le competenze professionali degli operatori;
 - per valorizzare l'utilizzo condiviso di *database* aziendali su scala provinciale o regionale, quali strumenti a supporto per iniziative più ampie di ricerca;
 - per favorire l'effettivo trasferimento e l'accettabilità delle innovazioni nella pratica assistenziale in tutti i punti della rete dei servizi;
 - per sviluppare una capacità di valutazione critica delle tecnologie emergenti;
 - per preparare il terreno allo sviluppo ed alla valorizzazione di innovazioni anche non tecnologiche, ma ad elevato impatto sulla qualità dell'assistenza (si pensi ad esempio alla sperimentazione di nuovi modelli e tipologie assistenziali come l'ospedale organizzato per intensità di cure o al potenziamento del sistema dell'assistenza intermedia);
- la finalizzazione delle risorse stanziata per la ricerca finalizzata regionale agli obiettivi del PSSR, investendo per lo studio ed il monitoraggio delle aree innovative quali le reti territoriali, le reti cliniche ospedaliere, il sistema informativo integrato, ecc.;
- il potenziamento della capacità di valorizzare e trasferire le nuove conoscenze generate dalla ricerca pubblica, orientandole ai bisogni di salute del cittadino;
- la promozione del posizionamento del sistema veneto nello scenario europeo della ricerca, attivando *partnership*.

Inoltre, al fine di migliorare e facilitare il processo di aggiornamento delle risorse umane, sarà garantita alle Aziende Sanitarie la fornitura di letteratura scientifica *on line*, prevedendo una regia regionale.

4.2.1 Health Technology Assessment

La *Health Technology Assessment* (HTA) o valutazione delle tecnologie sanitarie è un processo di complessiva e sistematica valutazione multidimensionale e multidisciplinare delle implicazioni assistenziali, economiche, sociali ed etiche provocate in modo diretto e indiretto, nel breve e nel lungo periodo, dalle tecnologie sanitarie esistenti e da quelle di nuova introduzione. È, dunque, un modello in grado di integrare in un disegno unitario le diverse professionalità presenti (i clinici, i tecnici, gli amministratori, gli organizzatori) e di far governare compiutamente, fin dall'inizio, la gestione delle tecnologie.

Elementi essenziali per la credibilità delle valutazioni e per la loro sostenibilità di fronte alle parti interessate (i professionisti ma anche i responsabili delle organizzazioni sanitarie e delle associazioni di rappresentanza dei cittadini) sono il coinvolgimento delle parti stesse, la piena adesione al metodo scientifico grazie alla valorizzazione delle attività da parte degli enti di ricerca e delle Università, l'approccio multidisciplinare, il rispetto dei principi di equità e trasparenza.

Questo processo conduce ad un approccio "critico" che permette decisioni di politica sanitaria basate sulle migliori evidenze. Così, ad esempio, i crescenti volumi di prestazioni specialistiche richieste rendono necessaria una azione sistematica nell'ambito della HTA, che includa i processi di pianificazione, acquisto e gestione delle apparecchiature diagnostiche, al fine di garantirne un utilizzo appropriato.

La Regione ha formalizzato la HTA nel proprio sistema attraverso l'approvazione del Programma per la Ricerca, l'Innovazione e l'*Health Technology Assessment* (PRIHTA), con cui si è definito uno spazio di *partnership* tra Industria e Aziende ULSS, Ospedaliere, IRCCS e Consorzi della Regione per la promozione, in reciproca intesa, di progetti di ricerca, formazione ed innovazione in Sanità, miranti al miglioramento del SSSR.

Il Veneto è, inoltre, inserito in una rete di organizzazioni che, a livello regionale, nazionale ed europeo, collaborano in tale ambito. In particolare, a livello europeo, è inclusa nella *European Network for Health Technology Assessment* (EunetHTA) *Joint Action*. La partecipazione ed il coinvolgimento all'attività del progetto permette un confronto costante con realtà avanzate, contribuendo così a maturare una cultura di HTA, a favorire lo scambio di risorse e di informazioni con gli altri stati membri, a facilitare il trasferimento dei risultati di processi di HTA da un contesto all'altro.

Rappresentano, dunque, obiettivi della programmazione regionale:

- il consolidamento delle collaborazioni instaurate a livello interregionale, nazionale ed europeo;

- il potenziamento della partecipazione, a livello europeo, alle iniziative volte a definire e migliorare un modello di valutazione condiviso delle tecnologie sanitarie;
- la realizzazione di percorsi formativi finalizzati a maturare una cultura ed una metodologia di valutazione;
- l'aggiornamento e lo sviluppo degli strumenti informatici per supportare la HTA nel SSSR.

Infine si ritiene strategico orientare la programmazione regionale anche in tema di *Health Impact Assessment* (HIA), o valutazione d'impatto sulla salute, considerato come l'insieme di procedure e di metodiche atte a determinare gli effetti positivi e negativi prodotti sullo stato di salute della popolazione da politiche, programmi e progetti in settori non tipicamente sanitari (es. l'istruzione, l'agricoltura, l'urbanistica, la viabilità, ecc.). Questo approccio richiede, infatti, l'assunzione di una visione davvero di "sistema", in cui l'insieme delle politiche regionali si interroga e si responsabilizza sugli effetti derivanti dalle proprie decisioni sulla salute della collettività, nell'ottica di perseguire sinergicamente gli obiettivi di salute ed attuare programmi condivisi.

Obiettivo regionale qualificante e prioritario diventa, perciò, quello di sperimentare l'utilizzo della valutazione di impatto sanitario anche a supporto dei pareri da parte dei Dipartimenti di Prevenzione nelle Conferenze dei Servizi.

4.2.2 Tecnologie innovative

Il continuo e crescente sviluppo delle attività di ricerca ed il relativo trasferimento dei risultati in ambito assistenziale comportano un notevole impatto sia sulla qualità delle cure che sui costi, nonché presentano notevoli implicazioni etiche.

Questo richiede una capacità strutturata di valutazione e di monitoraggio dell'introduzione di nuove tecnologie sul SSSR ed una capacità di regolazione dell'accesso e dell'erogazione secondo criteri di sicurezza, equità e sostenibilità.

4.3 AZIONI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

I percorsi assistenziali si fondano sulla centralità del bisogno del cittadino e richiedono un approccio multidisciplinare, combinando molteplici competenze professionali con le risorse finanziarie e tecnologiche a disposizione.

È necessario, pertanto, avviare una revisione di ruoli e competenze: da un lato, dei profili socio-sanitari, dall'altro, delle sfere di responsabilità e di apporto al lavoro complessivamente inteso, superando l'attuale frazionamento nell'organizzazione dell'intervento assistenziale.

Con riferimento all'organizzazione del lavoro e, nello specifico, al percorso socio-assistenziale rivolto al singolo paziente, l'assistenza si articola in:

- “assistenza di base” così definita non per la semplicità dell'agire tecnico, ma perché persegue obiettivi psico-fisici basilari del cittadino-utente;
- “assistenza avanzata” così definita perché persegue obiettivi di sviluppo delle capacità di autocura del paziente con interventi anche invasivi e su soggetti a rischio.

La loro integrazione rappresenta la strategia principale di cambiamento che impone, dunque, l'analisi dei percorsi socio-assistenziali e dell'organizzazione del lavoro, nonché la ridefinizione delle dotazioni organiche per qualificare l'assistenza, superando standard non più rispondenti ai nuovi modelli assistenziali

È necessario perciò assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

La valorizzazione delle risorse umane e l'investimento che ne consegue rappresentano, infatti una condizione necessaria per avviare le strategie di cambiamento prefigurate dalla programmazione regionale ed il coinvolgimento nei diversi processi di integrazione (multiprofessionale, tra Ospedale e Territorio, ecc.) di tutti i professionisti operanti nei diversi settori (sociale, sanitario e tecnico) costituisce strumento principe per consentire il raggiungimento di tali obiettivi.

Nello specifico, la ricerca e l'attuazione di una politica che mira al miglioramento continuo del sistema presuppone lo sviluppo di adeguate e parallele azioni che consentano contestualmente lo sviluppo professionale, quali:

- la rivisitazione dell'attuale organizzazione del lavoro in rapporto agli obiettivi assistenziali ed ai nuovi modelli organizzativi previsti dal presente PSSR;
- il miglioramento del meccanismo di definizione del fabbisogno di competenze, attribuibili ai diversi profili professionali in relazione ai bisogni emergenti della popolazione ed allo sviluppo della tecnologia;
- la riassunzione della nozione di dotazione organica intesa come fabbisogno per soddisfare il servizio richiesto a risorse economiche contingentate;
- l'assunzione dei parametri per la determinazione di "un livello *standard* di riferimento" (tra cui si evidenziano a titolo esemplificativo: numero di residenti, posti letto, struttura ospedaliera, numero o dimensione dei Comuni, ecc.);
- la definizione di una dotazione organica che favorisca la valorizzazione delle professionalità e la loro integrazione;
- l'assunzione di un sistema autorizzatorio per adeguare gli organici alle esigenze accertate di una richiesta che si modifica nel tempo, in considerazione delle limitazioni imposte dalla sostenibilità economica;
- la rivisitazione dei percorsi tra individuazione del fabbisogno e sistema formativo.

Negli atti aziendali dovranno essere previste delle figure dirigenziali delle Professioni sanitarie non mediche, atte a coadiuvare il Direttore della funzione territoriale ed il Direttore della funzione ospedaliera nell'organizzazione dei servizi e delle attività assistenziali.

La ridefinizione delle dotazioni organiche e delle professionalità richieste dal SSSR rende necessario reperire nel contesto regionale le risorse adeguatamente formate, per cui si prevede l'istituzione di un Osservatorio sulle professionalità sanitarie e socio-sanitarie, atto a quantificare correttamente il fabbisogno locale di profili professionali in un'ottica di programmazione pluriennale.

La formazione e l'aggiornamento del personale si configura quale leva strategica per concretizzare le linee di cambiamento, oltre che organizzative anche culturali, valorizzando le competenze professionali, da un lato, e la centralità della persona nei percorsi socio-assistenziali, dall'altro.

In particolare si rende necessario:

- potenziare la formazione sia per le professioni sanitarie e sociali che amministrative, nell'intento di creare quadri con profili di competenza coerenti con gli indirizzi strategici evidenziati dal presente PSSR;
- prevedere moduli formativi specifici e coerenti con le funzioni da garantire per le professionalità sanitarie e sociali, finalizzate alla valorizzazione del loro ruolo a fini organizzativo-gestionali e/o per profili di competenza innovativi (es. coordinatore di Ospedale di comunità e di percorsi Ospedale-Territorio, infermiere di famiglia, infermiere *case-manager*, ecc.), sviluppando competenze avanzate clinico-assistenziali e organizzative-gestionali e prevedendo un ruolo specifico nell'ambito della gestione della cronicità;

- promuovere percorsi di formazione integrata, anche a livello sovra-aziendale, delle diverse professionalità, prevedendo dei moduli formativi rivolti sia al personale dipendente che convenzionato, sia al personale del territorio che ospedaliero;
- incentivare modelli di aggiornamento basati su periodi di interscambio volontario di dirigenti tra strutture analoghe ma appartenenti ad Aziende Sanitarie diverse;
- inserire la sperimentazione di un percorso formativo integrato a supporto della definizione dei PDTA;
- favorire percorsi formativi a livello di Azienda ULSS, ovvero come struttura organizzativa unitaria, privilegiando programmi di formazione contestualmente rivolti ad una pluralità di soggetti ed a più livelli.

Si ritiene, inoltre, fondamentale l'investimento nella formazione manageriale a tutti i livelli (*middle management*, *top management*, ecc.) e per tutte le strutture del SSSR (Aziende Sanitarie, Centri di Servizio, ecc.), al fine di supportare l'attuazione degli indirizzi del PSSR.

Infine è obiettivo strategico della nuova programmazione il rafforzamento del ruolo di riferimento delle Aziende Ospedaliere Universitarie e delle reti formative territoriali, come sedi di collaborazione fra il SSSR e le Università.

4.3 bis SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

La Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS) è una struttura complessa (UOC) a valenza aziendale che opera *in staff* alla Direzione Sanitaria Aziendale.

La DPS si propone di concorrere ad assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti, promuovendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

La DPS si pone in una prospettiva di sviluppo delle professioni e delle competenze, di monitoraggio e valutazione dei processi assistenziali - anche attraverso l'adozione di idonei indicatori di esito -, di innovazione e di sviluppo organizzativo anche nella prospettiva della ricerca.

In particolare alla stessa competono le funzioni di:

- programmazione dei fabbisogni di personale;
- analisi dei fabbisogni formativi e pianificazione dei relativi interventi;
- valutazione dei modelli organizzativi.

Il Dirigente Sanitario responsabile della DPS è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge n. 251/2000, in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente.

È nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura selettiva ai sensi delle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

Nell'ambito delle macrostrutture "Ospedale" e "Territorio" delle Aziende ULSS sono previste dall'atto aziendale due strutture semplici.

I rispettivi responsabili concorrono alla corretta gestione del personale assegnato, sotto la direzione rispettivamente del Direttore della funzione ospedaliera e del Direttore della funzione territoriale.

Gli atti aziendali dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) prevedono un'unica struttura semplice che svolge le suddette funzioni sotto la direzione del Direttore della funzione ospedaliera.

A livello di singolo dipartimento, in relazione alle dimensioni aziendali, possono essere previsti dagli atti aziendali dei livelli di responsabilità organizzativo-professionali affidati a dirigenti delle professioni sanitarie.

I responsabili dei vari livelli devono ricercare sinergie e costruire processi collaborativi con i corrispondenti dirigenti dell'area medica e sanitaria allo scopo di rendere ottimale il grado di condivisione degli obiettivi aziendali e dipartimentali definiti annualmente dalla Direzione Aziendale.

Gli aspetti organizzativi di dettaglio, i meccanismi di integrazione e coordinamento interni, le relazioni e le aree di corresponsabilità con altri ruoli o organi saranno definiti dal regolamento previsto dall'articolo 8, comma 7 del CCNL 17/10/2008 Area dirigenza SPTA, la cui adozione dovrà precedere l'assunzione dei dirigenti delle professioni sanitarie. Il suddetto regolamento dovrà essere allegato all'atto aziendale.

L'istituzione dei posti di dirigente delle professioni sanitarie deve avvenire attraverso modificazioni compensative della dotazione organica complessiva aziendale, senza ulteriori oneri e ad invarianza di spesa.

4.3.1 La formazione

Lo sviluppo del SSSR non può prescindere da un governo strategico della formazione, intesa nell'accezione ampia di formazione di base, specialistica/complementare e formazione continua, rivolta a tutte le professioni sanitarie e socio-sanitarie coinvolte a vario titolo nel percorso assistenziale, teso al soddisfacimento dei bisogni del cittadino nell'ambito del sistema salute.

Il processo si esprime attraverso l'individuazione dei fabbisogni di professioni sanitarie e socio-sanitarie, ai fini della programmazione degli accessi universitari, e si sviluppa con interventi costanti di formazione continua che seguono tutto l'arco temporale di impegno lavorativo dei professionisti del SSSR.

Le azioni regionali, in questo ambito, devono quindi corrispondere agli obiettivi declinati a livello nazionale, a garanzia dell'erogazione dei LEA, e costituire il volano per l'attuazione dei contenuti del presente PSSR.

In particolare il PSSR colloca la formazione tra le risorse del SSSR per il raggiungimento degli obiettivi di salute e per la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi proposti, per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, per una adeguata capacità manageriale che favorisca la sostenibilità del sistema.

I modelli organizzativi sono incentrati sull'idea di rete assistenziale integrata in grado di garantire quella continuità dell'assistenza sotto il profilo gestionale, informativo e relazionale. Questo richiede, in primis, di favorire la diffusione di una *vision* condivisa di sistema che sia a supporto del cambiamento, definendo azioni innovative che coinvolgano i diversi professionisti nel rispetto dei loro ruoli e delle loro competenze, sviluppando strategie per superare una gestione segmentaria dei percorsi assistenziali, sostenendo l'integrazione tra Ospedale-Territorio, valorizzando la definizione e l'implementazione dei PDTA, favorendo i processi di valutazione ed autovalutazione della qualità dell'assistenza (metodiche di audit).

Nell'acquisizione delle competenze complesse, la figura del "*tutor*", in tutte le sue accezioni operative, diventa elemento irrinunciabile nel tragitto di maturazione di ogni professionista del SSSR. Conseguentemente i "*tutor*" delle varie professioni possono essere considerati i primi anelli della Rete di Sistema.

In particolare si ritiene strategico sostenere la pianificazione di una rete formativa dei *tutor*, nelle aree di maggior interesse ai fini dell'integrazione del sistema:

- la formazione pre-laurea prevista dai nuovi ordinamenti universitari;
- i *tutor* valutatori per l'esame di stato dei medici, degli psicologi e di tutte le altre professioni sanitarie che devono sostenere il tirocinio per l'esame di stato;
- la formazione complementare dei nuovi medici di famiglia;
- la formazione continua dei medici specialisti nella rete ospedaliera e territoriale.

Si prevede, inoltre, che la formazione delle figure professionali operanti nell'ambito socio-sanitario sia di competenza degli Assessori regionali alla Sanità e al Sociale, che la attuano in forma coordinata.

L'impegno a tutto campo nel settore della formazione si estrinseca anche nel ruolo che la Regione svolge a livello interregionale, nell'ambito della Commissione Salute, con l'assunzione diretta del coordinamento dell'Area della formazione.

4.3.2 La formazione di base

La Regione, al fine di concorrere alla programmazione degli accessi universitari, adotta una metodologia di rilevazione dei propri fabbisogni formativi utilizzando indicatori quali, ad esempio, il tasso di occupazione e il turn-over e individuandone altri più specifici, legati ad effettive e riconosciute esigenze del territorio regionale.

A tale riguardo è attuato un sistematico confronto con le Università finalizzato a far incontrare, fin dall'inizio del percorso e per quanto possibile, domanda e offerta di formazione, in un quadro d'insieme rispettoso delle esigenze dei vari soggetti istituzionali, a vario titolo coinvolti, nella definizione degli aspetti caratterizzanti il sistema formativo veneto.

Allo stesso modo sono attuati i necessari confronti con gli Ordini, i Collegi e le Associazioni professionali e con tutti coloro che concorrono alla composizione del quadro d'insieme del sistema lavorativo pubblico e privato.

Le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere costituiscono, ai sensi della normativa vigente e delle relative convenzioni sottoscritte con le Università, le principali sedi di svolgimento dei Corsi di Laurea e dei Corsi di Laurea specialistica delle professioni sanitarie, nonché rappresentano la rete formativa integrativa alle sedi universitarie per la formazione medico-specialistica.

La Regione, oltre a riconfermare la propria volontà di esercitare in questo ambito un ruolo strategico, intende rivalutare la rete formativa, in un'ottica di ottimizzazione delle risorse destinate al raggiungimento degli obiettivi individuati dal presente PSSR. In tale contesto l'apporto di tutti i protagonisti istituzionali è fondamentale, in una logica di costruzione partecipata alla rete formativa regionale.

Per quanto concerne le Scuole di specializzazione medica e quelle a cui accedono i laureati non medici, sarà rafforzata la collaborazione con le istituzioni universitarie venete, anche nell'ambito delle attività dell'Osservatorio regionale per la formazione medico-specialistica, con l'obiettivo di sostenere a tutto campo gli interventi di formazione e di garantire una adeguata disponibilità di specialisti per il SSSR.

L'Osservatorio definisce i criteri inerenti gli standard delle sedi ospedaliere e territoriali per la formazione presenti nella rete regionale e la rotazione degli specializzandi medici presso le strutture inserite nella rete, verifica lo standard di attività assistenziali dei medici in formazione specialistica definendo lo sviluppo di competenze e procedure previste dalla normativa europea, e fornisce gli elementi di valutazione all'Osservatorio nazionale, istituito presso il Ministero dell'Università e della Ricerca.

4.3.3 L'Educazione Continua in Medicina

Il sistema di Educazione Continua in Medicina (ECM) dovrà essere sempre più finalizzato al raggiungimento di obiettivi coerenti con lo sviluppo professionale individuale e con le priorità della programmazione regionale. Ai fini del miglioramento continuo del sistema e nel rispetto del vincolo delle risorse programmate, si individuano come aspetti strategici:

- la definizione di un piano regionale per la formazione, coerente con gli obiettivi innovativi introdotti dalla presente programmazione;
- l'adozione delle varie metodologie di formazione fra loro opportunamente integrate quali la Formazione Residenziale, la Formazione sul Campo e la Formazione a Distanza;
- il coordinamento delle azioni formative delle Aziende e lo sviluppo di sinergie nei percorsi formativi, con l'obiettivo di ottimizzare le risorse disponibili e di garantire una migliore razionalità dei percorsi formativi;
- l'adozione, in linea con quanto previsto dalle normative vigenti, di adeguati strumenti di valutazione dei processi formativi e delle loro ricadute organizzative sul SSSR, con la progressiva introduzione di indicatori di *output/outcome* della formazione in modo da valutarne l'impatto sull'organizzazione e sugli obiettivi di cambiamento. In tal senso anche il "dossier formativo", oltre a rappresentare uno strumento che raccoglie i percorsi formativi individuali e di *equipe*, potrà dimostrare la coerenza di questi rispetto al proprio ruolo professionale. Altri strumenti a supporto della valutazione dei processi formativi sono il piano della formazione aziendale, il rapporto sulla formazione aziendale. A tale riguardo la Regione partecipa, unitamente ad Ordini, Collegi ed Associazioni professionali, alla sperimentazione nazionale di un modello di dossier formativo, attraverso il coinvolgimento di alcune Aziende, utilizzando gli strumenti informatici messi a disposizione dalla Commissione Nazionale Formazione Continua e dal Consorzio gestione anagrafica delle professioni sanitarie.

L'Accordo Stato-Regioni del 5 novembre 2009, che ha definito in maniera compiuta il quadro di riferimento per la *governance* del sistema della formazione continua, segna il passaggio definitivo dalla fase sperimentale di accreditamento delle attività di formazione a quella, a regime, di accreditamento dei *provider*. Il *provider* accreditato per la formazione ECM è un soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione in sanità, che realizza ed eroga attività formative riconosciute idonee per l'ECM ed è abilitato ad attribuire direttamente i crediti ai partecipanti.

La Regione procederà, quindi, dal 2011 all'accREDITAMENTO dei *provider* per i quali le normative nazionali prevedono un obbligo di accREDITAMENTO regionale, e cioè:

- Aziende Sanitarie;
- altri soggetti erogatori di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie pubblici o privati;
- enti di formazione a partecipazione prevalentemente pubblica regionale.

Per gli altri soggetti, verso i quali non sussiste un obbligo di accREDITAMENTO regionale, si procederà in sintonia con le determinazioni della Commissione Nazionale per la Formazione Continua.

In ottemperanza a quanto previsto dai vigenti Accordi Stato Regioni e secondo le indicazioni nazionali, sarà predisposto il Regolamento per l'accREDITAMENTO dei

provider, che disciplina i requisiti minimi e le modalità di registrazione al sistema regionale dei soggetti pubblici e privati che intendono organizzare programmi ed eventi educazionali per l'ECM.

Il sistema regionale di accreditamento sarà, quindi, ridefinito in forma coerente con il modello nazionale, anche con riferimento alla composizione degli organismi regionali preposti alle attività di accreditamento.

Si enucleano, inoltre, alcune azioni strumentali e di supporto.

- Il sistema informatico attualmente in uso per l'accREDITamento delle attività formative sarà posto in linea con le nuove funzioni in capo alla Regione, quale ente accreditante, per permettere l'accesso a tutti i soggetti istituzionali accreditati e per rispondere efficacemente ed in forma automatica agli obblighi informativi nei confronti degli organismi nazionali.
- Sarà istituito l'Osservatorio regionale sulla qualità della formazione, quale braccio operativo dell'analogo Osservatorio nazionale, con un'autonoma valenza per il controllo degli accreditamenti di diretta spettanza della Regione.

4.4 VERSO UN "CRUSCOTTO DI GOVERNO"

Il governo del SSSR rappresenta la sfida da affrontare per soddisfare i bisogni di salute (collettivi e individuali) e dare, contemporaneamente, prova di una proficua e solida applicazione dei principi del federalismo.

Il governo del SSSR, tuttavia, è reso sempre più complesso dall'aumento delle aspettative dei cittadini e dalla conseguente pressione sulle risorse per finanziare i servizi necessari. Alla luce di una crescente complessità, anche gli strumenti di governo e di gestione devono evolvere per poter fronteggiare con successo le sfide della Sanità del futuro.

Più in dettaglio, la definizione di *standard* di sistema e di indicatori di governo rappresenta una necessità, sia per poter definire una programmazione dell'assistenza coerente con i profili di bisogno, sia per poter monitorare l'impatto dei servizi ed eventualmente riorientare le scelte. Inoltre la produzione di indicatori rappresenta una modalità importante per rendicontare, ovvero rendere conto della propria attività e, in quest'ottica, costituisce uno strumento di trasparenza e responsabilizzazione degli amministratori.

È necessario però che la messa a regime di un sistema di monitoraggio venga anche interpretata come un processo di apprendimento collettivo da parte dei soggetti che concorrono alla realizzazione delle politiche socio-sanitarie pubbliche, facendo della valutazione uno strumento a supporto del governo e del miglioramento del sistema locale dei servizi.

In questo contesto la Regione si sta dotando di opportuni sistemi di gestione, che migliorano il monitoraggio e la capacità di tempestivo intervento sul SSSR, in modo da

dare piena efficacia alle politiche sanitarie. Nello specifico si individuano tre aree di investimento:

- il sistema di controllo interno ed il sistema degli indicatori;
- il sistema informativo integrato;
- il sistema degli Osservatori.

4.4.1 Il sistema di controllo interno e il sistema degli indicatori

Nell'ambito dell'obiettivo strategico regionale di garantire ai cittadini un adeguato livello qualitativo dei servizi socio-sanitari e di ottimizzare il governo clinico del SSSR, perseguendo l'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza, emerge la necessità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse impiegate, quale fattore determinante per la sostenibilità del SSSR.

L'erogazione dei LEA è assicurata attraverso le Aziende che compongono il sistema, in particolare Aziende ULSS ed Aziende Ospedaliere, che sono soggetti giuridici e godono di propria autonomia gestionale.

L'organizzazione del SSSR in Aziende autonome, che si autoregolano all'interno delle disposizioni regionali, garantisce che i processi decisionali a livello locale abbiano un buon livello di efficacia e siano vicini alle esigenze del territorio. Inoltre, la presenza sul territorio di una molteplicità di soggetti aziendali rappresenta un vero "laboratorio" di soluzioni organizzative e gestionali, quale ricchezza per l'intero sistema.

Al contempo, l'autonomia delle singole Aziende fa emergere problemi di coordinamento e di governo: il SSSR viene a configurarsi come un "gruppo" aziendale, di cui la Regione rappresenta il vertice ed è il responsabile finale agli occhi dei cittadini.

In questa cornice si è scelto di perseguire un modello di *governance* che, lasciando inalterata l'autonomia aziendale e quindi i benefici che questa comporta, orienti i comportamenti e le *performance* delle Aziende verso modelli ed obiettivi desiderati, guidando adeguatamente l'intero SSSR. Per questo la Regione ha inteso dotarsi di una funzione di Controllo di Gestione Regionale, attraverso la quale vengono definiti gli obiettivi specifici che ciascuna Azienda Sanitaria è chiamata a perseguire, e possono essere valutati i risultati conseguiti, al fine di addivenire ad una generale razionalizzazione del sistema, garantendo risposte adeguate ai cittadini, qualità nei servizi e rispetto dei vincoli economico-finanziari.

Il monitoraggio delle *performance* delle singole Aziende Sanitarie, sia in termini di prestazioni che di economicità dei risultati, risponde anche agli indirizzi del Patto per la Salute 2010-2012, che ribadisce la necessità di migliorare la qualità dei servizi sanitari, di promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e di garantire l'unitarietà del sistema mantenendo il controllo della spesa sanitaria. Più precisamente, il comma 1 dell'art. 1 del Patto per la Salute 2010-12 dispone che le Regioni assicurino l'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni di efficienza ed appropriatezza. L'art. 2 prevede l'avvio di un sistema di monitoraggio dei fattori di spesa e dello stato dei servizi sanitari regionali da parte di una Struttura tecnica di monitoraggio paritetica (a supporto della Conferenza Stato-Regioni), su indicatori di

efficienza ed appropriatezza allocativa delle risorse. I settori strategici, sui quali operare per qualificare il SSSR, per garantire i bisogni dei cittadini e per controllare la spesa, sono identificati:

- nella riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera,
- nell'assistenza farmaceutica,
- nel governo del personale,
- nella qualificazione dell'assistenza specialistica,
- nei meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico-privato,
- negli accordi sulla mobilità interregionale,
- nell'assistenza territoriale e post acuta,
- nel potenziamento dei procedimenti amministrativo-contabili,
- nel rilancio delle attività di prevenzione,
- nell'implementazione di un adeguato sistema di controllo interno.

È stato perciò elaborato, e si sta sviluppando progressivamente, un *set* di obiettivi nelle aree sanitaria, sociale ed informatica, commisurato alla tipologia di Azienda Sanitaria, ossia: Azienda ULSS, Azienda Ospedaliera, IRCCS.

Il *set* degli obiettivi sarà articolato in una struttura a più livelli, ognuno dei quali prevederà sub-obiettivi con un maggior grado di dettaglio, da svilupparsi progressivamente.

Per gli obiettivi individuati vengono definiti indicatori puntuali, che consentiranno di misurare le *performance* raggiunte in relazione a quelle richieste.

In quest'ottica la definizione degli obiettivi dell'attività dei Direttori Generali e delle Direzioni Strategiche delle Aziende ULSS, dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dell'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" per gli anni 2011 e 2012 contiene alcune importanti innovazioni, creando un esplicito collegamento tra i risultati ottenuti ed i costi sostenuti.

La finalità di questo processo è quella di consentire la graduale convergenza di tutte le Aziende del SSSR verso modelli organizzativi che rappresentano *best practice* regionali, individuando le soluzioni gestionali che hanno dato prova di soddisfare i bisogni dei cittadini e, contemporaneamente, di garantire migliori *performance* economiche.

Per la misurazione degli obiettivi vengono utilizzati indicatori che descrivono l'attività e le risorse, già noti alle stesse Aziende Sanitarie, e che sono gli strumenti indispensabili per consentire la revisione complessiva del sistema. Inoltre, i livelli di soddisfazione specifici richiesti a ciascuna Azienda sono stati individuati attraverso un'operazione di *benchmarking*, ponderando, ove necessario, le specificità proprie di ciascuna Azienda ULSS, in particolare per la struttura demografica di riferimento, quale fattore rilevante di differenziazione.

Ogni Azienda Sanitaria è chiamata ad attuare una rivisitazione della propria organizzazione e delle proprie procedure sulla scorta degli esempi forniti dai *best performer*, elaborando proposte idonee all'ottimizzazione del proprio assetto organizzativo qualora riscontri elementi di debolezza od opportunità di miglioramento.

L'art. 11 del Patto per la Salute 2010-2012, prevede l'organizzazione di un processo di certificazione del bilancio delle Aziende e degli Istituti del SSN. Per predisporre il SSR ad affrontare questo importante ed impegnativo adempimento, l'Amministrazione Regionale ha deciso di procedere preliminarmente all'implementazione in tutti gli Enti di un Sistema di Controlli Interni coordinato a livello regionale.

Il Sistema di Controllo Interno permetterà un più efficace controllo dei processi tramite l'adozione di adeguati sistemi di gestione del rischio che, dopo aver individuato e valutato i rischi insiti nello svolgimento delle varie attività, predispongono le adeguate contromisure per fronteggiarli. L'approccio metodologico di massima prevede la definizione dei processi da mappare, la valutazione degli stessi, la definizione e la valutazione dei rischi associati e la definizione delle azioni di contenimento e delle conseguenti attività di controllo.

Il raggiungimento dei risultati previsti da parte delle singole Aziende consentirà la graduale riduzione delle differenze territoriali registrate, facilitando la razionalizzazione dei costi dei servizi socio-sanitari regionali, senza intaccare la qualità o la quantità delle prestazioni erogate.

Rappresentano, pertanto, indirizzi della programmazione regionale:

- il consolidamento del sistema di monitoraggio degli obiettivi posti ai Direttori Generali in un'ottica di responsabilizzazione condivisa e di attuazione degli indirizzi previsti dal presente PSSR, anche attraverso la formulazione di proposte migliorative;
- lo sviluppo, in maniera condivisa con le Aziende ULSS ed Ospedaliere, di indicatori di qualità clinica e di appropriatezza dell'assistenza ospedaliera e territoriale;
- la costituzione di un flusso strutturato ed alimentato correntemente dalle Aziende Sanitarie quale strumento principale per il monitoraggio dell'attuazione degli indirizzi del PSSR e la verifica degli obiettivi di sistema;
- la messa in atto di azioni migliorative degli attuali flussi informativi ed in particolare:
 - l'implementazione di un sistema informativo integrato tra sociale e sanitario;
 - lo sviluppo integrato dei sistemi informativi della medicina e pediatria di famiglia, con produzione a livello aziendale e regionale di indicatori di processo e di esito della qualità delle cure;
 - il coordinamento dei flussi di specialistica, farmaceutica ed esenzioni *ticket*;
 - la sistematizzazione dei flussi di pronto soccorso, delle cure domiciliari, delle cure palliative e della protesica;
 - l'implementazione di un flusso sulle invalidità;
 - l'implementazione di un flusso per il monitoraggio dell'area della riabilitazione, identificando e validando criteri di appropriatezza nei percorsi riabilitativi ed indicatori di efficacia ed efficienza del processo;
 - l'implementazione e la messa a regime dei registri di mortalità e di patologia previsti dalla Legge finanziaria del 2008;
 - lo sviluppo di sistemi di individuazione di specifiche coorti di malati, per la ricerca valutativa e la definizione di indicatori di *case mix* territoriale;

- il potenziamento del flusso sulla residenzialità extraospedaliera anche con informazioni sulle patologie prevalenti, sugli eventi avversi e sugli esiti di salute (cadute, fratture, ulcere, infezioni, ecc.);
- lo sviluppo e l'integrazione dei flussi informativi ospedalieri per l'attività di HTA, in collaborazione con le società scientifiche.

4.4.2 Il sistema informativo integrato

Pur essendo un settore ad uso intensivo di conoscenza, il settore sanitario non è ancora giunto ad una adozione sistematica ed integrata di Tecnologie dell'Informazione e della Comunicazione (ICT - *Information and Communication Technology*).

In ogni Azienda Sanitaria sono presenti dispositivi medici altamente informatizzati, sistemi di gestione amministrativa, *software* clinico-diagnostici specializzati, sistemi territoriali per la gestione dei servizi e sistemi di supporto al governo (*data warehouse*), tuttavia il livello di cooperazione tra le diverse parti in gioco risulta, salvo qualche rara eccezione, ancora sotto i livelli auspicabili.

Di conseguenza, nella pratica clinica, l'uso delle tecnologie ha una penetrazione limitata ed una diffusione discontinua, che in diversi casi è priva di forme di integrazione tra attori e tra organizzazioni. Ed i profili di discontinuità sono maggiori qualora si sposta il focus sulla comunicazione di dati e di informazioni tra Aziende diverse.

L'adozione delle ICT in ambito socio-sanitario, volta a favorire la cooperazione tra i diversi sistemi in uso, consentirebbe, qualora adeguatamente implementata, di realizzare un reale innalzamento qualitativo dei livelli di assistenza, facilitando l'integrazione tra i professionisti e tra le strutture socio-sanitarie. La continuità dell'assistenza sarebbe così supportata dalle informazioni in formato elettronico e verrebbe a crescere la partecipazione e la consapevolezza dei cittadini verso il proprio processo di diagnosi e cura.

Sono ormai numerosi i progetti su larga scala finalizzati alla realizzazione di infrastrutture nazionali e regionali di *e-health*: è proprio l'Unione Europea, nell'*Action Plan eHealth 2004*, che fissa la realizzazione dell'EHR - *Electronic Health Record* quale obiettivo strategico per l'intera Europa.

L'uso delle tecnologie integrate nell'ambito socio-sanitario consentirebbe, inoltre, di realizzare un salto di qualità nella gestione del governo del SSSR, permettendo di raccogliere, in tempo reale, informazioni affidabili sulle prestazioni e garantendone un costante monitoraggio, nel rispetto della *privacy* dei cittadini.

Si ribadisce, inoltre, che tutti gli attori del SSSR, sia pubblici che privati accreditati, dovranno adeguare la propria infrastruttura tecnologica al fine di consultare ed alimentare il sistema informativo regionale, garantendo una gestione integrata dei processi di diagnosi, cura e riabilitazione.

Obiettivi del Sistema Informativo Socio Sanitario

Il Tavolo di lavoro permanente Sanità Elettronica delle Regioni e delle Province Autonome (TSE) ha emanato in data 31/03/2006 il documento “Strategia Base per la Sanità Elettronica”. Con questo documento è stata indicata la strategia architettonica di riferimento per il sistema nazionale e per i sistemi regionali di Sanità Elettronica, ponendo i seguenti obiettivi fondamentali:

- disponibilità delle informazioni cliniche: l’infrastruttura deve rendere disponibili le informazioni cliniche dell’assistito (la sua storia clinica) dove e quando queste sono clinicamente utili, in qualsiasi punto della rete dei servizi;
- architettura federata: l’infrastruttura deve adottare soluzioni che possano cooperare con altri domini (con altre Aziende Sanitarie e con il livello regionale), al fine di concorrere alla creazione della storia clinica del paziente consultabile a livello regionale e/o nazionale;
- sicurezza e *privacy*: l’infrastruttura, data la delicatezza delle informazioni trattate, deve garantire elevati livelli di sicurezza e rispetto della *privacy*;
- affidabilità e disponibilità: l’infrastruttura deve essere intrinsecamente affidabile e deve essere disponibile 24 ore al giorno per tutti i giorni della settimana;
- struttura modulare: l’infrastruttura deve essere pensata in maniera modulare, e non in modo monolitico, per evitare una rapida obsolescenza del sistema;
- integrazione con i sistemi esistenti: l’infrastruttura deve avere la minima invasività possibile rispetto ai sistemi esistenti, sia per salvaguardare gli investimenti fatti, sia per non aggravare la complessità dei sistemi locali.

In sostanza la Sanità Elettronica si configura come un’architettura complessa dove opera, per un verso, un gruppo di attori che creano informazioni di cui rimangono responsabili e, per un altro verso, un insieme di attori che utilizzano informazioni (secondo le autorizzazioni ed in modo non prevedibile dettagliatamente) sia per usi clinico-assistenziali (usi primari), sia per usi amministrativi, di governo, epidemiologici e di ricerca (usi secondari). L’insieme dei servizi applicativi che realizzano tali obiettivi è denominato Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico: esso consente l’inserimento ed il successivo recupero dei documenti socio-sanitari, al fine di rendere disponibile, agli operatori abilitati o ai cittadini stessi, in ogni momento ed in ogni luogo, la storia clinica e socio-assistenziale di ogni cittadino.

La Regione del Veneto dovrà dunque sviluppare, con investimenti specifici, il Fascicolo Socio-Sanitario Elettronico, in raccordo con il livello nazionale, perseguendo i seguenti sub-obiettivi:

- la disponibilità del fascicolo individuale per tutti gli assistiti della Regione;
- la completezza dei referti nel fascicolo (comprese immagini radiologiche, dati su vaccinazioni, riconoscimento di invalidità e handicap e protesica);
- la completezza dei dati di sintesi clinica (*patient summary*);
- la fruibilità del fascicolo quale strumento a supporto della diagnosi e della cura (referti strutturati per comunicazione tra Azienda ULSS e medico di famiglia, evoluzione dei sistemi nelle reti di patologia e dei piani diagnostico-terapeutici, integrazione con i sistemi emergenza-urgenza, integrazione con il sistema della residenzialità extra-ospedaliera, sviluppo di telemedicina e telesoccorso);
- l’integrazione dei sistemi sulla prevenzione e degli *screening*;
- lo sviluppo della componente sociale e della componente pediatrica del fascicolo.

Il concetto e l'utilizzo del Fascicolo sono, dunque, da intendersi estesi ai diversi ambiti: ospedaliero, territoriale, sociale e di prevenzione e promozione della salute. Lo strumento deve essere unico, indipendentemente dall'area dei servizi da cui provengono le informazioni.

Inoltre, su tutto il territorio regionale, si intendono implementare le seguenti azioni:

- la messa a regime della “ricetta rossa” informatizzata per una gestione interamente in modalità elettronica, adempiendo a quanto previsto dall'art. 50 del Decreto-Legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con Legge n. 326/2003, che fornisce disposizioni in materia di monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie;
- lo sviluppo della firma digitale per tutto il personale medico, prevedendo documenti con validità legale, conservazione dei documenti clinici e semplificazione delle procedure di esibizione;
- l'implementazione e la diffusione della cartella clinica elettronica nelle strutture ospedaliere.

Le componenti dell'architettura necessaria per operare questi indirizzi di cambiamento sono:

1. connettività fisica: colmare il divario esistente tra le zone geografiche ben coperte da servizi di connettività e le zone carenti di tali servizi;
2. infrastruttura di cooperazione applicativa e sicurezza: la Regione dovrà prendersi carico di implementare e distribuire la “porta di dominio” in ogni Azienda Sanitaria (oltre che di gestirne la manutenzione e l'aggiornamento), come previsto da SPCoop - Sistema Pubblico di Cooperazione. La porta di dominio è l'elemento fondamentale su cui si basa l'interoperabilità tra le diverse entità in campo, garantendo affidabilità, identificazione certa degli attori, integrazione operativa tra le diverse Aziende, sicurezza e *privacy*;
3. gestione dell'identità digitale degli operatori socio-sanitari: è necessario che gli utenti dei sistemi informativi vengano riconosciuti dal sistema delle Aziende mediante “autenticazione forte”, per garantire solo a chi è dovuto l'accesso alle informazioni sensibili. Il sistema di rilascio delle credenziali “forti” (certificati) deve essere in capo ai servizi di gestione delle risorse umane di ogni Azienda. È inoltre necessario che ogni operatore responsabile della produzione dei documenti clinici o socio-assistenziali apponga, attraverso l'uso di appositi certificati digitali di sottoscrizione, la propria firma digitale, al fine di rendere opponibile a terzi gli stessi. In generale i diversi sistemi di riconoscimento/controllo accessi, rilevazione delle presenze, identificazione/autenticazione e sottoscrizione convergeranno verso soluzioni di gestione unificata;
4. ogni Azienda Sanitaria dovrà dotarsi di un'infrastruttura per memorizzare e conservare i documenti digitali prodotti dai processi di diagnosi e cura gestiti dai propri servizi (*repository*) e dovrà inserire nell'indice regionale (*registry*) i riferimenti di ogni documento così prodotto; l'onere di conservazione nel tempo rimarrà comunque a carico dell'Azienda; gli *standard* di cooperazione saranno emanati dalla Regione.

Particolare attenzione dovrà essere dedicata al collegamento in rete dei medici/pediatrati di famiglia ed all'integrazione al sistema informativo aziendale, intesi come la partecipazione telematica di tali importanti attori al processo di diagnosi e cura, alimentando, anche attraverso l'utilizzo dei loro *software* specifici, il Fascicolo con delle sintesi significative sullo stato di salute dei pazienti (*patient summary*), anche a partire dalla consultazione di documenti già presenti e prodotti da altri operatori (circolarità dell'informazione).

Più in generale, l'orientamento dell'attività del medico/pediatra di famiglia ad essere polo informativo per l'analisi dello stato di salute della popolazione assistita (supporto all'analisi epidemiologica e contributo alla programmazione aziendale), oltre che di verifica della congruità dell'uso delle risorse (controllo della domanda e governo economico-finanziario dell'Azienda), rende necessaria la completa informatizzazione della medicina/pediatria di famiglia, pienamente integrata con il sistema informativo aziendale.

Infine particolare attenzione dovrà anche essere data alla diffusione della telemedicina, della telediagnostica e del teleconsulto, perseguendo i seguenti obiettivi:

- consentire la risposta assistenziale e diagnostica, assicurando livelli di qualità, specie in situazioni di emergenza in particolari aree geografiche e/o condizioni;
- guidare il cambiamento organizzativo e gestionale della Sanità sulla base delle peculiarità geografiche e demografiche del territorio, per individuare soluzioni ad hoc rivolte a persone in condizioni di fragilità con difficoltà ad accedere ai servizi;
- consentire il monitoraggio dello stato clinico di alcuni pazienti, mantenendoli nel proprio ambiente di vita.

Quanto sopra descritto richiede la stesura di un piano regionale per la Sanità Elettronica che indichi un percorso a tappe, finalizzato al raggiungimento in tempi certi dei sopra citati obiettivi.

4.4.3 Il sistema degli Osservatori

Il sistema degli Osservatori, che fa parte degli strumenti indispensabili al cruscotto di governo, è composto da tre strutture di monitoraggio, strategiche per assicurare il miglioramento dell'efficienza gestionale delle singole Aziende Sanitarie e per consentire il raggiungimento degli obiettivi di sostenibilità del SSSR. Queste strutture concorreranno all'estensione di comportamenti virtuosi relativamente alla gestione delle tariffe ed alla gestione degli acquisti nel loro complesso.

L'Osservatorio sulle tariffe, in particolare, vigila sulle tariffe riconosciute dalla Regione agli erogatori privati per le prestazioni sanitarie fornite ai cittadini all'interno del SSSR e che, quindi, rappresentano i "prezzi" di quello che, fatte salve le numerose peculiarità, rappresenta un quasi-mercato delle prestazioni sanitarie.

Appare chiaro, infatti, che la capacità regionale di definire adeguatamente le tariffe sia uno degli strumenti più importanti per orientare i comportamenti degli erogatori privati che partecipano al SSSR. Va, inoltre, evidenziato che, secondo la normativa vigente, la determinazione delle tariffe da parte della Regione deve basarsi su una preventiva analisi dei costi di produzione.

Al fine di disporre di informazioni scientificamente valide e condivise per l'aggiornamento dei tariffari esistenti, la Regione ha intrapreso, con specifici provvedimenti, un percorso articolato per la strutturazione della funzione permanente di controllo e verifica dell'attualità e dell'adeguatezza delle tariffe rispetto alle politiche sanitarie regionali.

La capacità del sistema tariffario di influenzare il comportamento degli erogatori dipende da molti fattori, tra i quali assume notevole importanza il fatto che le modalità di determinazione delle tariffe siano percepite come oggettive e neutrali. A tal fine è necessaria una condivisione dei punti di partenza da parte di tutti i soggetti coinvolti. La Regione ha, quindi, intrapreso un percorso di confronto e collaborazione con le principali associazioni di categoria, rappresentative delle aziende private operanti nel SSSR, istituendo un Comitato Tecnico Scientifico Permanente, per la definizione di una metodologia condivisa di analisi dei costi.

Tale percorso, che ha già affrontato l'ambito delle prestazioni ambulatoriali, dovrà addivenire alle opportune soluzioni tecniche anche per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, fornendo alla Regione, alla fine del periodo sperimentale, oltre ad una puntuale e maneggevole metodologia di valutazione dei costi di produzione, il necessario *know-how* per strutturare un Osservatorio permanente in grado di rilevare ed analizzare con continuità i costi delle aziende venete, per disporre di informazioni aggiornate circa l'adeguatezza delle tariffe. Questo presidio dei costi di produzione darà maggiore consapevolezza degli incentivi che le tariffe creano per gli erogatori privati e permetterà alla Regione di ottimizzare l'impiego della leva tariffaria come strumento di governo dell'attività del settore privato all'interno del SSSR.

L'Osservatorio avrà a disposizione conoscenze, competenze e dati atti ad identificare opportuni *standard* al fine di valutare l'efficienza nei processi produttivi delle aziende del SSSR attraverso processi di *benchmarking* e di *cross-over* delle esperienze organizzative.

Inoltre, quando necessario, l'Osservatorio potrà mettere a disposizione dati e competenze per la definizione di tariffe relative ad attività di nicchia e d'avanguardia, garantendo da un lato il ristoro dei costi alle Aziende che offrirono tali prestazioni ai cittadini, dall'altro i giusti stimoli all'equità ed all'innovazione del sistema.

Oltre che sul piano della determinazione delle tariffe, la sostenibilità della spesa sanitaria e l'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse richiedono un costante impegno anche nell'adozione di iniziative e disposizioni volte a razionalizzare la spesa per beni e servizi, sanitari e non sanitari.

Nel corso del 2010 sono state istituite due nuove strutture a supporto dell'attività di governo regionale: l'Osservatorio Gare e l'Osservatorio Prezzi, quali parti integranti del nuovo Sistema di Controllo di Gestione del SSSR. Queste strutture rispondono all'esigenza di garantire una maggiore flessibilità negli acquisti, fornendo il supporto

necessario alle scelte aziendali e coniugando le esigenze cliniche con quelle tecnico-amministrative di contenimento della spesa sanitaria.

L'Osservatorio Gare consente di avere una finestra informativa, aggiornata in tempo reale, sulle gare bandite dalle Aziende Sanitarie (tipologia, contenuti, basi d'asta, aggiudicazioni). Esso dovrà, altresì, fornire indicazioni giuridiche alle Aziende Sanitarie in ordine alle modifiche normative che periodicamente si susseguono ed agli orientamenti più importanti della giurisprudenza.

L'Osservatorio Prezzi verifica sistematicamente i risultati conseguiti dalle Aziende Sanitarie nelle procedure di acquisto e nelle gare centralizzate: esso consente di fornire in modo trasparente informazioni sull'andamento dei prezzi dei beni e dei servizi, sia alle Aziende che agli operatori economici potenzialmente coinvolti negli acquisti. L'Osservatorio Prezzi viene alimentato sia dai flussi dei dati di consumo dei farmaci, che vengono trasmessi con cadenza mensile alla Regione, sia dal flusso informativo che monitora l'impiego dei dispositivi medici nelle strutture sanitarie.

4.4.4 Strutture e attività a supporto della programmazione

L'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS)

L'ARSS fornisce un supporto tecnico e metodologico funzionale sia alla Segreteria Regionale per la Sanità, sia alla Quinta Commissione Consiliare, per la piena realizzazione degli obiettivi del PSSR, sia nelle attività di programmazione che di monitoraggio e controllo.

Il supporto alle attività di programmazione avviene nei seguenti ambiti:

- studio, sperimentazione, valutazione e proposte di modelli gestionali innovativi;
- analisi finalizzate alla declinazione degli obiettivi di PSSR in standard di accreditamento, standard assistenziali, standard di utilizzo di risorse, standard finanziari e patrimoniali;
- elaborazione di proposte tecniche per il sistema di finanziamento alle Aziende del SSSR, all'IRCSS-IOV, all'Agenzia Regionale per la Prevenzione e Protezione Ambientale del Veneto (ARPAV);
- supporto metodologico allo sviluppo dei sistemi di controllo interno;
- analisi preventiva delle decisioni di investimento mediante tecniche di *health technology assessment* e *capital budgeting*;
- analisi dei flussi di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

Le attività di monitoraggio e controllo esercitate dall'ARSS nei confronti delle Aziende del SSSR, dello IOV e dell'ARPAV sono riconducibili ai seguenti ambiti:

- verifica degli standard di autorizzazione ed accreditamento;
- monitoraggio degli standard di qualità, efficienza, produttività e supporto per lo sviluppo del sistema di controllo di gestione;
- attività di *cost analysis* dei processi e delle prestazioni sanitari, socio-sanitari e di supporto;

- monitoraggio degli eventi avversi e coordinamento delle attività di *clinical risk management*;
- monitoraggio regionale delle attività di gestione diretta dei sinistri delle Aziende Sanitarie;
- controllo sull'appropriatezza delle prestazioni sanitarie specialistiche ed ospedaliere (SDO);
- analisi di bilancio e sviluppo di strumenti di rendicontazione finanziaria;
- monitoraggio degli investimenti e della produttività delle tecnologie.

Il Sistema Centri regionale

Le strutture a supporto della programmazione e delle reti cliniche, che formano il Sistema Centri regionale, sono le seguenti:

- Coordinamenti regionali e programmi regionali;
- Sistema Epidemiologico Regionale;
- Centri specializzati regionali.

Coordinamenti regionali e programmi regionali: sono strutture regionali permanenti o temporanee che svolgono attività a supporto delle azioni programmatiche della Regione o di coordinamento di reti clinico-assistenziali di rilevanza prioritaria secondo gli indirizzi della programmazione regionale.

Sono istituiti con provvedimento della Giunta Regionale che ne definisce durata, obiettivi e modello organizzativo e ne approva annualmente i piani di attività e finanziari, prevedendo inoltre di affidare la responsabilità della gestione tecnica al dirigente della struttura regionale di afferenza e di mantenere quella scientifica in capo al coordinatore.

I Coordinamenti regionali permanenti sono:

- Coordinamento regionale del sistema Emergenza Urgenza (CREU);
- Coordinamento regionale per le Attività Trasfusionali (CRAT);
- Coordinamento regionale per i Controlli Sanitari, per l'appropriatezza e per le liste d'attesa;
- Coordinamento regionale per le malattie rare a cui afferiscono i seguenti registri:
 - Registro regionale delle nascite;
 - Registro regionale delle malattie rare;
- Coordinamento regionale per i trapianti;
- Coordinamento regionale sul Farmaco;
- Coordinamento regionale per la Medicina Convenzionata di assistenza primaria;
- Coordinamento regionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCMR);
- Coordinamento Regionale per il Management e la Progettazione Europea (CReMPE);
- Coordinamento Regionale Acquisti per la Sanità (CRAS).

La Giunta Regionale può istituire con propri provvedimenti Coordinamenti regionali temporanei per seguire particolari attività.

Sistema Epidemiologico Regionale (SER): è una struttura istituita presso una Azienda ULSS, che svolge attività di rilevazione epidemiologica per patologie o problemi di salute rilevanti a livello di popolazione, con funzioni di supporto alle attività di sanità pubblica delle Aziende ULSS e di miglioramento dell'assistenza in coerenza con la programmazione regionale.

Al fine di perseguire uniformità operativa, in fase di prima attuazione del presente PSSR, a tale struttura afferiranno i seguenti Registri:

- Registro Nord Est Italia delle malformazioni congenite;
- Registro dei tumori del Veneto;
- Registro regionale dialisi e trapianto;
- Centro Operativo Regionale del Registro Nazionale dei Mesoteliomi;
- Registro regionale di mortalità;
- Registro regionale della patologia cardio-cerebro-vascolare.

Il Responsabile Tecnico di ciascuna di queste strutture avrà un incarico a tempo pieno e di durata biennale.

Per garantire il buon funzionamento e l'aggiornamento costante del Registro dei tumori del Veneto, tutti i medici che diagnosticano casi di neoplasia devono (previa informativa resa al paziente ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003) darne comunicazione, senza alcun onere, con periodicità mensile, all'Azienda ULSS nel cui territorio operano. Successivamente le Aziende ULSS del Veneto, tramite un proprio referente incaricato a questo compito, devono con periodicità mensile trasmettere informaticamente le informazioni ricevute al Sistema Epidemiologico Regionale.

La trasmissione dei dati, in entrambi i predetti casi, avverrà compilando apposita scheda, nel rispetto e secondo le modalità descritte nel Regolamento di cui alla L.R. n. 11/2010 art. 18 c. 3.

Centri specializzati regionali: svolgono attività di particolare rilevanza clinica e/o di ricerca e hanno funzioni di supporto alle reti cliniche definite nel presente PSSR.

Sono individuati con provvedimento di Giunta Regionale, ma collocati direttamente all'interno di strutture aziendali (Aziende ULSS, Ospedaliere, sperimentazioni gestionali o IRCCS) e pertanto non finanziati dalla Regione.

Per essere riconosciuti a livello regionale i Centri devono rispondere ai seguenti requisiti:

- essere punto di riferimento unico regionale per l'area clinica di rispettiva competenza con relativa produzione di linee guida, protocolli e procedure;
- svolgere una qualificata attività, clinica e/o di ricerca, adeguata al ruolo del Centro Regionale;
- elaborare una produzione scientifica riconosciuta a livello nazionale e internazionale;
- svolgere attività di formazione su scala regionale.

Il riconoscimento delle strutture sopra richiamate ha efficacia per tre anni, salvo rinnovo subordinato al mantenimento dei requisiti di riferimento.

Sarà, infine, istituito un Comitato regionale per il coordinamento dei Comitati aziendali delle infezioni ospedaliere.

L'Osservatorio regionale Politiche Sociali

Un ulteriore strumento a supporto della programmazione regionale è rappresentato dall'Osservatorio regionale Politiche Sociali. Questo organismo svolge attività di studio, ricerca, documentazione e consulenza sulle problematiche sociali e socio-sanitarie, nonché di gestione ed elaborazione di banche dati tematiche, nell'ottica di ottimizzare il sistema di conoscenze, di monitoraggio e di valutazione degli interventi e delle azioni regionali, anche attraverso lo sviluppo del sistema informativo sociale regionale.

Tra le tematiche di studio e di ricerca rientrano le aree relative a minori, giovani e servizio civile, famiglia, volontariato e terzo settore, non autosufficienza, dipendenze da sostanze d'abuso e inclusione sociale, oltre alle azioni relative all'accesso nelle strutture residenziali, alle prestazioni domiciliari o al raccordo Ospedale-Territorio.

L'Osservatorio, quale organismo di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche sociali e socio-sanitarie regionali, ha inoltre un'importante funzione di interazione e di supporto rispetto alle strutture regionali nella predisposizione di piani e progetti attuativi in materia sociale e socio-sanitaria.

4.5 STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

In un'ottica di rafforzamento dell'azione della Regione nelle funzioni di indirizzo, coordinamento e supporto alle Aziende ULSS e Ospedaliere in ambito di programmazione, rappresentano indirizzi strategici:

- l'adeguamento degli Atti aziendali, quali strumenti di attuazione degli indirizzi regionali, sulla scorta dei contenuti del presente PSSR;
- l'unificazione degli strumenti di programmazione a livello distrettuale, attraverso un processo di semplificazione e di allineamento, che individui nel Piano Attuativo Locale (PAL) lo strumento unico di pianificazione, includente sia il Piano di Zona che il Piano Attuativo Locale delle Cure Primarie. L'orientamento è di pervenire alla definizione di uno strumento di governo unitario delle politiche per la salute a livello locale, finalizzato all'individuazione delle strategie aziendali per garantire una gestione integrata dei bisogni dei cittadini e la continuità dell'assistenza. Il PAL, infatti, è un piano pluriennale che si uniforma esplicitamente al PSSR ed agli altri atti della programmazione regionale, con durata e scadenza pari a quella dei piani della programmazione regionale;
- la valorizzazione della programmazione aziendale nell'ambito delle Cure primarie, al fine di definire gli obiettivi assistenziali, i modelli organizzativi, gli indicatori di qualità clinica ed organizzativa, nonché i progetti di riallocazione delle risorse in un'ottica di condivisione e di corresponsabilizzazione della Medicina Convenzionata, da formalizzarsi anche attraverso lo strumento dei Patti;
- l'utilizzo dello strumento di *budget* come strumento gestionale che presuppone un processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse disponibili su più livelli di responsabilità, finalizzati al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia del sistema assistenziale. Nello specifico andrà favorita la correlazione tra gli obiettivi del *budget* distrettuale e gli obiettivi del *budget* ospedaliero, configurandola come prassi, dal momento che molti obiettivi strategici aziendali richiedono processi orizzontali di ricomposizione e di integrazione tra i diversi ambiti che trattano un medesimo paziente.

Infine è strategico che ciascuna Azienda ULSS sviluppi la capacità di leggere i bisogni assistenziali e di governare la domanda di prestazioni espressa verso tutti i poli della rete socio-sanitaria, dando spazio ad un'idea di programmazione aderente alla realtà locale e fondata sull'analisi e sulla valutazione di obiettivi di salute per il singolo e per la Comunità. La conoscenza dei bisogni di salute della popolazione è momento fondamentale del processo di programmazione della rete dei servizi socio-sanitari locali. In quest'ottica la Comunità locale, attraverso tutti i soggetti istituzionali e le organizzazioni sociali espressive della Comunità stessa, non è solo destinataria di interventi, ma realtà capace di esprimere i bisogni, di sviluppare le risposte, di selezionare le priorità di intervento, di partecipare al controllo dei risultati.

5. IL SISTEMA DEI FINANZIAMENTI

5.1 FINANZIAMENTO DEL SSSR

Il modello veneto, che prevede la forte integrazione tra servizi sanitari e socio-sanitari, richiede che anche le risorse finanziarie siano gestite in modo integrato.

Il finanziamento delle spese correnti del SSSR è assicurato dalle seguenti voci in entrata:

- quota di riparto del fondo sanitario nazionale, tenuto conto della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni per tipologia di prestazioni;
- finanziamenti delle attività socio sanitarie;
- introiti derivanti da servizi sanitari resi in regime di mobilità sanitaria;
- concorso del bilancio regionale per quanto riguarda i maggiori livelli assistenziali garantiti alla popolazione residente (art. 13 D. Lgs. n.502/1992);
- contributi vincolati assegnati dalla Regione e da altri Enti Pubblici o Privati al fine di promuovere la ricerca sanitaria finalizzata o altre forme di progettualità;
- compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria;
- rimborsi delle spese per prestazioni erogate a cittadini stranieri.

Le risorse regionali sono destinate al finanziamento:

- dei costi d'esercizio sostenuti dalle Aziende ULSS, dalle Aziende Ospedaliere e dallo IOV per l'erogazione dei LEA e delle prestazioni relative ai maggiori livelli assistenziali;
- di interventi per la realizzazione di obiettivi ed altre attività sanitarie, in nome e per conto delle Aziende ULSS, attuati mediante gestione sanitaria accentrata presso la Regione;
- delle attività socio-sanitarie;
- degli interventi realizzati attraverso il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza.

Dal punto di vista della distribuzione qualitativa dei costi d'esercizio, i parametri obiettivo sono i seguenti:

- assistenza territoriale 51%;
- assistenza ospedaliera 44%;
- attività di prevenzione 5%.

Le risorse della gestione corrente del FSSR sono destinate all'erogazione dei Livelli di Assistenza come definiti dalla Regione del Veneto (Livelli Essenziali definiti a livello nazionale, eventualmente incrementati), mentre la gestione accentrata costituisce

l'insieme delle strutture, servizi e progetti direttamente gestiti dalla Regione, in un'ottica unitaria ed a carattere trasversale.

Il riparto delle risorse destinate al finanziamento dei LEA può avvenire attraverso due modalità:

- a) finanziamento in base a quota capitaria: si tratta di una modalità di riparto che, per ciascun Livello di Assistenza, finanzia i fabbisogni standard valorizzati in base alla popolazione assistita, opportunamente pesata in ragione dell'età. Il fabbisogno medio pro capite è definito in base allo standard di fabbisogno ragionevolmente conseguibile, per ciascun livello assistenziale;
- b) finanziamento a funzione: tale modalità di riparto viene utilizzata, residualmente, per finanziare costi non direttamente correlabili al fabbisogno, ma al funzionamento di servizi a valenza sovra aziendale o regionale, per i quali il sistema di compensazione tra Aziende (mobilità) non consente la corretta remunerazione dei costi. Il finanziamento a funzione viene definito sulla base di costi standard di funzionamento dei servizi.

Per la provincia di Belluno e per il Polesine, la città di Venezia e la laguna si prevedono modalità di finanziamento a funzione dedicate, al fine di garantire ai cittadini pari opportunità di accesso ai servizi socio-sanitari.

Per quanto concerne i servizi sanitari reciprocamente resi tra Aziende, pubbliche e private, il sistema di remunerazione si basa su tariffe predeterminate che, ai sensi della normativa vigente, sono periodicamente aggiornate.

Le differenze osservate in ambito di offerta e di domanda di servizi, nonché le diversità nelle modalità di gestione ed organizzazione degli stessi, pongono il problema della valutazione dell'adeguatezza degli attuali sistemi di remunerazione delle prestazioni e, quindi, l'esigenza di definire modelli, in via sperimentale, più coerenti con gli obiettivi della programmazione regionale.

Diventa, perciò, strategico a livello regionale verificare la possibilità di applicare due linee sperimentali su cui articolare il sistema di finanziamento:

- per le Aziende ULSS il finanziamento su quota capitaria sarà costruito prevalentemente su standard di costo ossia sull'individuazione, a livello regionale, delle migliori *performance* realizzate nelle Aziende ULSS in termini di costo/beneficio. La quota capitaria sarà definita in base alla distribuzione per età della popolazione ed alla prevalenza delle principali patologie croniche del territorio di riferimento, così come descritte nello scenario epidemiologico del presente PSSR;
- per le Aziende Ospedaliere e l'IRCCS-IOV viene prospettato un sistema di finanziamento prevalentemente per funzioni, finalizzato alla ricerca di una maggiore appropriatezza e coerenza con la riprogrammazione del sistema di offerta.

Infatti l'art. 8 sexies del D. Lgs. n. 229/1999 prevede la possibilità di remunerare l'attività ospedaliera oltre che a prestazione anche a funzione assistenziale, dal momento che tale modalità sembra maggiormente in grado di garantire la continuità dell'assistenza e l'erogazione di attività strategiche sul piano della tutela della salute. Risulta, infine, più adeguata allo svolgimento di particolari compiti istituzionali non subordinabili a volumi predefiniti di prestazioni.

La Regione del Veneto rafforzerà, inoltre, le azioni già avviate da tempo per mantenere quanto previsto dall'art. 50 del Decreto Legge n. 269/2003, convertito con Legge n. 326/2003, che contiene disposizioni in materia di “monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie per consentire allo Stato ed alle Regioni una verifica rigorosa dei punti di origine della spesa farmaceutica e per prestazioni specialistiche attraverso il monitoraggio dell'intero ciclo: dalla prescrizione alla erogazione dei servizi sanitari”.

Per i casi di eventuale situazione di squilibrio sarà disposta la redazione di appositi piani di rientro a cui si accompagnerà l'obbligo di autorizzazione all'effettuazione di spese.

Infine si prevede di attuare puntuali azioni di monitoraggio e controllo su alcuni fattori che possono determinare aumento della spesa, quali l'incremento dei posti letto e delle tariffe delle strutture residenziali, gli aumenti dei volumi di produzione e tariffari dei privati accreditati e l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento di nuovi istituti di cura.

In particolare, nell'arco di vigenza del PSSR, saranno considerate ipotesi di forme di compartecipazione alla spesa da parte di categorie di cittadini in merito ad alcune tipologie di servizi, tenendo conto delle mutate condizioni demografiche e socio-economiche. Si rende inoltre necessario individuare percorsi, anche in collaborazione con i Comuni, volti al possibile recupero di risorse economiche dalla pratica dell'evasione, potenziando il sistema dei controlli.

5.2 IL FINANZIAMENTO DEGLI INVESTIMENTI

La necessità di rispondere al bisogno di servizi sanitari e socio-sanitari di livello sempre più elevato, la generale richiesta crescente di efficienza nel settore dei servizi pubblici e l'obbligo di ridurre, come in tutti gli altri settori della Pubblica Amministrazione, la costosità generale del sistema impongono alla Regione del Veneto e alle Aziende ULSS ed Ospedaliere di governare in maniera sempre più attiva le dinamiche di gestione, di spesa e di investimento del SSSR.

L'analisi dei bilanci delle Aziende Sanitarie ha evidenziato che gli investimenti in immobilizzazioni effettuati nel quinquennio 2005-2009 sono quantificabili tra i 300 ed i 450 milioni di euro annui, in relazione sia ad interventi su fabbricati di proprietà e impianti che ad interventi su attrezzature.

Negli ultimi anni si è evidenziato un notevole sforzo finalizzato all'ammodernamento della dotazione impiantistica e tecnologica, che ha portato ad una importante riduzione dell'età media di molte dotazioni, ora in linea con i principali standard di riferimento ma, in parallelo, si sono palesati in modo sempre più pesante gli effetti negativi derivanti dall'incremento dell'esposizione debitoria delle Aziende Sanitarie e dalle conseguenti tensioni di cassa, comportando quindi la necessità di rivedere le politiche di investimento praticate finora a livello aziendale.

Tale dinamica è derivata dal fatto che gli ammortamenti sono stati finora esclusi dal calcolo dell'equilibrio finanziario a livello nazionale e sono quindi stati considerati fuori dal fabbisogno sanitario riconosciuto alle singole Regioni.

Il *modus operandi* conseguente ha visto, perciò, la copertura delle spese di investimento attraverso finanziamenti di parte corrente, anche nel caso di investimenti realizzati con il sistema del *project financing*.

La mancata previsione della necessaria provvista comporta, operativamente, notevoli criticità alla potenzialità di finanziare investimenti futuri, destinati al rinnovamento degli impianti e delle attrezzature o a mantenere adeguato il quadro tecnologico.

L'esperienza ha anche evidenziato come alcune tipologie di finanziamento possano determinare problematiche peculiari, o impongano valutazioni su aspetti più specifici.

In particolare si rileva che alcune delle modalità adottate per le operazioni di *project financing* e di *leasing*, pur permettendo la realizzazione di importanti operazioni di investimento, abbiano comportano un elevato rischio di non sostenibilità finanziaria futura, anche a causa della non adeguata valutazione di alcune dinamiche derivanti sul piano della redditività (capacità di generare adeguati flussi di cassa per il rimborso del debito), della bancabilità (susceptibilità ad ottenere finanziamenti dal mercato del credito) ed, in definitiva, sulla sostenibilità economico-finanziaria dei canoni previsti dalle concessioni sui futuri bilanci dell'Ente interessato.

I *feedback* critici che alcuni degli investimenti effettuati negli ultimi anni stanno producendo sulla gestione corrente di cassa e, più in generale, sull'equilibrio finanziario di alcune Aziende Sanitarie e dell'intero SSSR hanno già comportato l'intervento della

Giunta Regionale, che ha evidenziato la necessità di rivedere l'iter procedurale relativo alla valutazione delle spese d'investimento.

È, infatti, evidente che l'insieme delle analisi finalizzate alla valutazione degli investimenti è caratterizzato da una particolare complessità, mentre diventa sempre più determinante la necessità di operare adeguate valutazioni di supporto a decisioni d'investimento adottate in un contesto caratterizzato ormai permanentemente da una crescente scarsità di risorse disponibili.

La complessità della valutazione è legata ad una serie di profili di analisi di ogni singolo progetto, quali la stima dei fabbisogni di investimento, la quantificazione degli impatti sulla gestione corrente e sulle alternative all'investimento stesso, la misurazione dell'efficacia e dell'efficienza dei servizi già disponibili, la scelta delle priorità tra gli interventi da realizzare.

Va, pertanto, ribadita l'esigenza di idonea copertura per ciascun nuovo investimento, con la accurata previsione della fonte di finanziamento per ogni iniziativa: contributi regionali, statali o comunali in conto capitale, contributi in conto capitale provenienti da soggetti privati, contributi vincolati, utili d'esercizio reinvestiti, introiti da alienazioni ed entrate derivanti da mutui.

In questa fase appare, quindi, assolutamente necessario collocare la programmazione degli interventi di investimento all'interno di un quadro di risorse definite ed appositamente dedicate.

Dal punto di vista qualitativo, gli investimenti si possono distinguere tra investimenti per la conservazione e la riqualificazione del patrimonio ed investimenti per il potenziamento e lo sviluppo del patrimonio.

Gli investimenti per la conservazione e la riqualificazione del patrimonio consistono in interventi che attengono al ripristino o all'incremento della vita utile del patrimonio esistente, alla riduzione dei rischi, a migliorie funzionali, ovvero a interventi finalizzati ad un utilizzo del patrimonio per diverse funzioni o attività.

Gli interventi per il potenziamento e lo sviluppo del patrimonio, finalizzati ad ampliare la capacità produttiva aziendale e del sistema, a realizzare nuove opere o ad attivare nuove linee produttive o rami di attività, si caratterizzano soprattutto per una rilevante dimensione e, di conseguenza, un maggiore fabbisogno finanziario, spesso affrontato attraverso strumenti finanziari innovativi ma anche di maggiore complessità rispetto a quelli tradizionalmente utilizzati dalla Pubblica Amministrazione.

A ciò si accompagna una durata temporale delle operazioni finanziarie di regola molto più lunga rispetto a quelle collegate ad interventi di altro genere.

Questo tipo di interventi impatta spesso sull'assetto del sistema, in termini di risorse operative, modifiche nei flussi di mobilità degli assistiti, impatti sull'accessibilità, aspetti organizzativi, ecc.; è caratterizzato da una maggiore complessità tecnica di progettazione ed esecuzione ed implica, di conseguenza, la necessità di realizzare un attento monitoraggio dei risultati.

La precisa valutazione dei costi di investimento in relazione alla sostenibilità futura dei loro effetti finanziari a medio-lungo termine va abbinata alla riflessione sulla programmazione regionale e alle sue ricadute sulle singole progettualità: nel presente

PSSR viene data particolare rilevanza allo sviluppo della sinergia e dell'integrazione Ospedale-Territorio.

A questo proposito assumono sempre maggiore rilevanza il potenziamento dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di ampliare l'offerta di servizi assistenziali da parte delle strutture territoriali e di limitare il ricorso inappropriato all'Ospedale e l'informatizzazione dell'intera rete sanitaria, in modo da collegare ospedale, medico di famiglia e cittadino.

Lo sviluppo dell'assistenza intermedia, attraverso l'attivazione di strutture in grado di accogliere i pazienti nella fase post ricovero, non ancora inseribili in un percorso di assistenza domiciliare o residenziale socio-sanitaria, andrà realizzato attraverso l'estensione della rete degli Ospedali di comunità, secondo modelli funzionali alle caratteristiche locali ed ai bisogni emergenti, a seguito di apposita analisi e riorganizzazione della rete extraospedaliera e mediante la gestione dei percorsi assistenziali da parte del medico di famiglia e la collaborazione del medico di continuità assistenziale.

La differenziazione tra le strutture erogatrici dovrà accompagnarsi, inoltre, a modelli di rete e collaborazione innovativi, che consentano di rendere disponibile la più appropriata risposta assistenziale alle varie tipologie di bisogni. Ad esempio il modello *hub & spoke*, in alcuni ambiti, può consentire di concentrare le attività a maggiore complessità ed a valenza sovra aziendale, permettendo economie di scala e di specializzazione, e garantendo nel contempo l'accessibilità e un adeguato livello di dislocazione territoriale dei servizi.

A ciò si accompagna la necessità di creare una gerarchizzazione e specializzazione dei servizi ospedalieri e, conseguentemente, della dotazione tecnologica corrispondente, aumentando gli investimenti specifici soprattutto nei centri di eccellenza e assicurando le dotazioni di base in maniera ampia.

Da un punto di vista più generale, assumono crescente rilevanza le scelte in merito alla valutazione di impatto organizzativo e gestionale (necessaria per misurare l'impatto sul bilancio aziendale, sull'organizzazione dei servizi, sulla sostenibilità giuridico-amministrativa, sulla sostenibilità ambientale, sulla congruenza coi vincoli esistenti su alcune tipologie di risorse), sulla valutazione economico-finanziaria e quella delle fonti di finanziamento (modalità di reperimento).

Dal punto di vista delle iniziative da intraprendere, un primo insieme di interventi da attuare è relativo alla modifica delle procedure di valutazione dei progetti:

- previsione di un'accurata analisi preventiva;
- realizzazione di un'istruttoria da parte della Segreteria regionale per la Sanità, anche al fine di armonizzare gli interventi con la pianificazione socio sanitaria regionale.

Su questo piano ci sono già stati degli interventi, finalizzati sia a garantire una maggiore coerenza dei singoli interventi di investimento con le priorità della programmazione socio-sanitaria regionale, sia a disporre che le richieste di autorizzazione alla contrazione di mutui debbano essere preventivamente sottoposte al parere della CRITE e successivamente autorizzate con apposito provvedimento della Giunta Regionale, escludendo in ogni caso investimenti privi di idonea copertura finanziaria nel bilancio aziendale.

Altri provvedimenti saranno indirizzati a rendere maggiormente adeguata la procedura di autorizzazione regionale degli investimenti e le soglie di ammissibilità degli stessi, mettendo sempre al centro dell'analisi un'approfondita valutazione sulla sostenibilità economica.

Un secondo profilo di intervento è la verifica dei bilanci delle singole Aziende Sanitarie e la predisposizione di una proposta per il ripiano del debito accumulato a causa della mancata copertura delle quote di ammortamento relative agli investimenti effettuati.

Una terza tipologia di azioni dovrà concretizzarsi nell'istituzione del Fondo per gli Investimenti in Sanità, obiettivo di primaria importanza per mantenere il sistema regionale in linea con i continui progressi tecnologici che caratterizzano questo settore:

- provvedere ad un'accurata ricognizione del patrimonio immobiliare disponibile e alienabile delle Aziende Sanitarie al fine di destinare il ricavato derivante dalla vendita all'alimentazione del Fondo per gli Investimenti in Sanità;
- creare una sede di confronto e di dialogo con le Fondazioni ed altri soggetti privati al fine di verificare la fattibilità di un intervento alla costituzione e all'alimentazione del Fondo attraverso finanziamenti caratterizzati da rendimenti sostenibili a livello di sistema.

Un punto di fondamentale importanza consiste, quindi, nella capacità di scegliere gli investimenti finalizzati alla realizzazione di opere che, una volta completate, abbiano un impatto significativo in termini di contenimento della spesa di gestione corrente dei futuri esercizi oppure, nel caso di una progettazione degli investimenti articolata per stralci funzionali, valorizzare gli interventi in grado di garantire ritorni economici fin dall'entrata in funzione del primo lotto.

Al fine di creare una condizione di equilibrio fra la gestione corrente e gli investimenti in conto capitale vanno quindi individuate e destinate adeguate risorse in conto capitale. L'importo annuo a livello di sistema dovrebbe essere quanto più possibile prossimo al valore annuale degli ammortamenti aziendali; tale somma va finalizzata prioritariamente agli interventi di investimento per la conservazione e la riqualificazione del patrimonio.

In ogni caso, va ribadito e generalizzato il concetto che ogni singola operazione di investimento deve comunque portare a ritorni positivi nel senso del contenimento della spesa di gestione e della razionalizzazione di tutta la spesa sanitaria.