



L.r. 29 giugno 2012 n. 23

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

Consulta Socio-Sanitaria Regionale 09.07.2012



Attualizzazione delle riflessioni da cui siamo partiti per l'elaborazione di una proposta Cisl

Il contesto socio-economico-politico e il riflessi sulla programmazione nazionale e regionale:

- 1. Tagli alla spesa sanitaria (dal nuovo patto per la salute 2013-2015 alla spending review);*
- 2. I tagli alla spesa sociale;*
- 3. La crisi economica e la spesa pubblica;*
- 4. Il riordino del territorio, gli ambiti sovracomunali e le funzioni sociali;*
- 5. Il federalismo e i costi standard;*



- 6. Il quadro demografico;*
- 7. Le trasformazioni delle reti di sussidiarietà;*
- 8. Lo stato di salute del nostro sistema socio sanitario ;*
- 9. Stato dell'arte della programmazione socio-sanitaria in Veneto;*
- 10. Priorità di intervento individuate dalla Cisl per il rilancio dei servizi socio-sanitari ;*
- 11. Livelli di partecipazione per la condivisione della proposta di cambiamento ;*



Come è impostato il Pssr 2012-2016 ?

- *Il piano è costituito da due parti, la legge (20 articoli) e l'allegato (149 pag);*
- *Le fonti cui fa riferimento sono rappresentate da leggi decreti e intese della Conferenza Stato Regioni:*
 - L.833/1978*
 - D.Lgs. 502/1992*
 - D.Lgs. 229/1999*
 - L. 328/2000*
 - L.R. 11/2001*
 - L.R. 59/94*
 - L.R. 5/2007 (PRS)*
 - Carta di Tallin (OMS 2008)*
 - Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005*
 - Patto per la salute 2010-2012*



Art. 1

- ***Sancisce la durata quinquennale del pssr***;
- ***Definisce il bacino di riferimento delle Ulss tra 200.000 e 300.000 abitanti (fatte salve le specificità)***;
- ***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

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

- 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.*
- 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

- *L'età anagrafica del direttore generale non può essere superiore ai sessantacinque anni al momento della nomina.*
- *L'incarico di direttore generale ha una durata di tre anni.*
- *Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda.*
- *I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita.*
- *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.*
- *Con riferimento a quanto previsto alla lettera a), la valutazione compete alla Giunta regionale; con riferimento a quanto previsto alla lettera b), la valutazione compete alla competente commissione consiliare; con riferimento a quanto previsto alla lettera c), la valutazione compete alle conferenze dei sindaci, qualora costituite ai sensi dell'articolo 5.*
- *La pesatura delle valutazioni viene fissata con provvedimento della Giunta regionale in modo tale che sia garantito un sostanziale equilibrio tra i vari soggetti.*

Consulta Socio-Sanitaria Regionale 09.07.2012



Art. 4

- *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.*
- *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.*
- *La risoluzione del contratto del direttore generale (mancato raggiungimento equilibrio di bilancio) costituisce causa di risoluzione dei contratti del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.*
- *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.”*



Art. 5

- *Il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.*
- *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.*



Art. 6

- *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.”*
- *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

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.”.

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 della 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, indicano 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



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

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.”



Art. 13

• 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.”.

• 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

- *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.*
- *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.

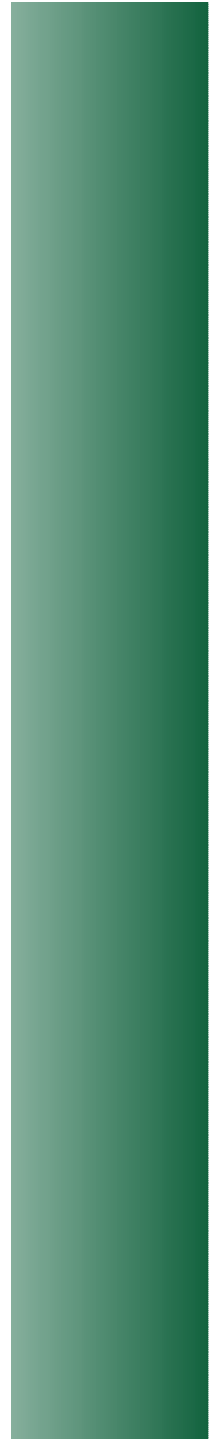
- 1. *Tutte le strutture sanitarie, sociali o socio-sanitarie, persone fisiche o giuridiche, operanti nel territorio della Regione del Veneto, indipendentemente dalla forma giuridica in cui sono costituite o denominate, che siano destinatarie di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica 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 adempiano o adempiano 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

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.

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

(si tratta di una proroga delle disposizioni previste nella legge finanziaria regionale per le assunzioni in sanità)



Art. 18

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. 9 L.R. 56/94

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 novanta giorni dal ricevimento della richiesta, si prescinde dallo stesso.



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

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

La legge è stata pubblicata sul Bur il 6 luglio 2012

Le scadenze degli adempimenti previsti dalla legge decorrono dal 7 luglio 2012



Da dove parte la programmazione

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.

Consulta Socio-Sanitaria Regionale 09.07.2012



A livello di sistema si evidenziano alcuni nodi 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 veneto (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.*



Scelte strategiche della Programmazione Regionale

- il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza (DISTRETTO FORTE), implementando modelli organizzativi a rete (team multiprof, forme associate di Medicina convenzionata o accreditata. Ridefinizione filiera dell'assistenza intermedia);
- 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, anche attraverso il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera (RETI GERARCHIZZATE);
- la ridefinizione delle competenze e l'implementazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio, orientando il primo al trattamento delle acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità secondo logiche di reti assistenziali da perfezionare a livello orizzontale e verticale per un modello circolare dell'assistenza;
- lo sviluppo di politiche di integrazione professionale e di intersettorialità 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 PSSR sarà avviata con priorità laddove vi è stato un maggiore rallentamento nell'applicazione della precedente programmazione.



2.1 I riferimenti per la programmazione in Veneto

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 la programmazione in Veneto

..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.



2.1 I riferimenti per la programmazione in Veneto

.... 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.

Consulta Socio-Sanitaria Regionale 09.07.2012



2.2 UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

.... principio della centralità della persona rispetto ad ogni intervento sanitario, sociosanitario ed assistenziale.....

...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.

.. 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.

... 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



2.3.1 L'integrazione socio-sanitaria

L'integrazione socio-sanitaria si conferma strategia fondante del modello veneto,.... 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

-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.

- 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.

.....A tale riguardo si evidenzia l'importanza di individuare forme di concertazione sistemiche con le organizzazioni sindacali.



3. GLI AMBITI DELLA PROGRAMMAZIONE

.....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, 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.

Consulta Socio-Sanitaria Regionale 09.07.2012



3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

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.*



3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

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.



3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

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.*



3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

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

- l'adozione di un metodo di lavoro interdisciplinare;*
- la flessibilità nell'organizzazione delle risposte assistenziali;*
- 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.*



3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

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.

..... 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

La funzione dell'assistenza territoriale deve 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;*
- b) nell'area dell'assistenza materno-infantile e dell'età adolescenziale;*
- c) nell'area dell'assistenza al paziente cronico;*
- d) nell'area dell'assistenza al paziente fragile;*



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.....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.....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.... funga da interfaccia con il medico di famiglia e gli specialisti;*
- 3. il supporto all'autocura attraverso cui il paziente diventa il protagonista attivo,*
- 4. il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi,*
- 5. l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua;*
- 6. il coinvolgimento attivo delle risorse della comunità;*
- 7. la sperimentazione di modelli di intervento e di presa in carico multi professionali;*



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.

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 ..caratterizzate da:

- *organizzazioni fondate su un team multiprofessionale e multidisciplinare.....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;*
- *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;*
- *di garantire i LEA, attraverso obiettivi di salute misurabili con indicatori di outcome clinico ed organizzativo;*
- *di essere impegnati nell'integrazione informativa/informatica;*
- *di integrare le analisi epidemiologiche;*



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.



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.*

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



Parole chiave nella filiera

Assistenza primaria (medicina di gruppo integrata)

Assistenza sociale (favorire i processi di integrazione ospedale /territorio)

Cure domiciliari (continuità dell'assistenza, case manager infermieristico, modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, ammissioni e dimissioni protette, radiologia a domicilio, integrazione informativa e gestionale tra assistenza domiciliare sanitaria e sociale, informatizzazione delle cure domiciliari.

Assistenza specialistica e Cure Palliative (specialistica collocata in maniera trasversale ai diversi nodi della rete assistenziale territoriale a livello distrettuale anche organizzato in Centri Polispecialistici Territoriali) ed anche presso le sedi delle Medicine di Gruppo Integrate, 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.



Parole chiave nella filiera

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 residenziale e semiresidenziale :

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.

Assistenza in strutture di ricovero intermedie:

Ospedale di Comunità - *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. Unità Riabilitativa Territoriale (URT).



Parole chiave nella filiera

Assistenza in strutture di ricovero intermedie:

Unità Riabilitativa Territoriale (URT)

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.



3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

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.

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.



3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

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.*



3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

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.



3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

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.



3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

- *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.*



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 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)*



3.2.2 Modelli organizzativi gestionali

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.

E' 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.

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.



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.*



3.2.3 Definizione della rete di offerta ospedaliera pubblica e privata

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.*



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.*

-Rete emergenza-urgenza

-Rete clinica dei trapianti

-Rete di riabilitazione

-Rete delle malattie rare

-Rete oncologica

-Rete Oncologica pediatrica (su modello della rete oncologica regionale)

-Rete della terapia del dolore

-Rete del diabete mellito

-Rete dell'Alzheimer



3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio

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.



ALTRI CAPITOLI

3.2.5 Rapporti con l'Università

3.3 ASSISTENZA SPECIALISTICA, FARMACEUTICA E PROTESICA

3.3.1 Assistenza specialistica

3.3.2 Assistenza farmaceutica e dei dispositivi medici

3.3.3 Assistenza protesica



GLI ALTRI CAPITOLI

3.4 PROMOZIONE DELLA SALUTE E PREVENZIONE DELLE MALATTIE

3.4.1 Aree prioritarie di intervento

- *Prevenire gli eventi infortunistici in ambito lavorativo e le patologie lavoro-correlate*
- *Promuovere la cultura della salute nei confronti dei datori di lavoro e dei lavoratori dei comparti a rischio*
- *Prevenire le malattie suscettibili di vaccinazione*
- *Prevenire le malattie infettive per le quali non vi è disponibilità di vaccinazione*
- *Ridurre la mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon-retto*
- *Promuovere la prevenzione primaria e la promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie cronico-degenerative e le loro complicanze*
- *Ridurre l'incidenza e la mortalità per malattie ischemiche del cuore e cerebrovascolari*
- *Prevenire gli eventi infortunistici in ambito domestico, residenziale-protetto e stradale.*
- *Prevenire le patologie da esposizione, professionale e non, ad agenti chimici, fisici e biologici*
- *Prevenire le malattie determinate dagli alimenti, ivi compresa l'acqua*
- *Prevenire le Zoonosi e le malattie emergenti*
- *Assicurare il benessere animale*



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.



3.4.2 La rete dei Dipartimenti di Prevenzione

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).*

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.



3.5 AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO

3.5.1 Organizzazione degli interventi socio-sanitari

La programmazione e la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e sociosanitari 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.



3.5 AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO

3.5.1 Organizzazione degli interventi socio-sanitari

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 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.



3.5 AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO

3.5.1 Organizzazione degli interventi socio-sanitari

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;*
- 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.*
- la realizzazione di un welfare di comunità*
- il miglioramento della appropriatezza dell'assistenza socio-sanitaria*
- il potenziamento del sistema di valutazione della qualità assistenziale*
- la diversificazione e la rimodulazione delle unità di offerta 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.*



3.5 AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO

3.5.1 Organizzazione degli interventi socio-sanitari

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.

VEDI DGR 1303 3 LUGLIO 2012



3.5 AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO

3.5.2 La famiglia: una “risorsa” da sostenere

3.5.3 Area famiglia, infanzia, adolescenza, giovani

3.5.4 Area anziani

3.5.5 Area disabilità

3.5.6 Area delle dipendenze

3.5.7 Area della salute mentale

3.5.8 Area della Sanità penitenziaria



3.5 AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO

3.5.4 Area anziani

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, 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).....*



3.5 AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO

3.5.5 Area disabilità

Costituisce obiettivo strategico della programmazione regionale l'integrazione nella comunità e la promozione dell'autonomia.

Azioni 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 realizzazione del piano di assistenza individuale;*
- *sostenere i progetti di "Vita indipendente" e di "Aiuto personale per la disabilità grave" previsti dalla L. n. 104/1992 e successive modificazioni;*
- *l'individuazione di percorsi riabilitativi per tutte le fasce d'età e di patologia;*
- *la garanzia del diritto all'educazione e all'istruzione;*
- *la progettazione, negli ultimi anni del percorso scolastico, di occasioni d'integrazione col mondo del lavoro;*
- *la piena applicazione della L. n. 68/1999;*
- *l'attivazione di un centro di ascolto e sostegno alle famiglie con bambini disabili;*
- *il consolidamento dei Centri diurni, sorti nel Veneto quali punti fondamentali della rete dei 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".*



4. STRUMENTI A SUPPORTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA

4.1 QUALITÀ E SICUREZZA DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE

4.1.1 Clinical governance

4.1.2 Risk management e sicurezza del paziente

4.1.3 Accreditemento istituzionale e politiche per il miglioramento continuo della qualità

4.2 RICERCA E INNOVAZIONE

4.2.1 Health Technology Assessment

4.2.2 Tecnologie innovative

4.3 AZIONI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE



4. STRUMENTI A SUPPORTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA

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.

- *analisi dei percorsi socio-assistenziali*
- *analisi dell'organizzazione del lavoro*
- *ridefinizione delle dotazioni organiche per qualificare l'assistenza*

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.



4. STRUMENTI A SUPPORTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA

4.3 AZIONI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

*Si prevede l'istituzione di un Osservatorio sulle professionalità sanitarie e sociosanitarie, 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*



4. STRUMENTI A SUPPORTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA

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.



4. STRUMENTI A SUPPORTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA

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.

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.

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.



ALTRI CAPITOLI

4. STRUMENTI A SUPPORTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA

4.3.2 La formazione di base

4.3.3 L'educazione continua in medicina

4.4 VERSO UN "CRUSCOTTO DI GOVERNO"

4.4.1 Il sistema di controllo interno e il sistema degli indicatori

4.4.2 Il sistema informativo integrato

4.4.3 Il sistema degli Osservatori

4.4.4 Strutture e attività a supporto della programmazione



4. STRUMENTI A SUPPORTO DEL GOVERNO DEL SISTEMA

4.5 STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE AZIENDALE

- 1. L'adeguamento degli Atti aziendali, quali strumenti di attuazione degli indirizzi regionali, sulla scorta dei contenuti del presente PSSR;*
- 2. 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*
- 3. 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;*
- 4. 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.*



5. IL SISTEMA DEI FINANZIAMENTI

5.1 FINANZIAMENTO DEL SSSR

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*



5. IL SISTEMA DEI FINANZIAMENTI

5.1 FINANZIAMENTO DEL SSSR

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%.*



5. IL SISTEMA DEI FINANZIAMENTI

5.1 FINANZIAMENTO DEL SSSR

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.



5. IL SISTEMA DEI FINANZIAMENTI

5.1 FINANZIAMENTO DEL SSSR

In fine 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 socioeconomiche.

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. IL SISTEMA DEI FINANZIAMENTI



5.2 IL FINANZIAMENTO DEGLI INVESTIMENTI

“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.” (VEDI ORDINE DEL GIORNO DEL CONSIGLIO REGIONALE)



Le scadenze (e le priorità) della Giunta Regionale

<i>Riferimento testo PSSR</i>	<i>Attività</i>	<i>Atto</i>	<i>Scadenza</i>
<i>Art.4</i>	<i>Definizione dello schema di valutazione annuale dei Direttori Generali su tre livelli: -Garanzia dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio; -Rispetto della programmazione regionale; -Qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle Aziende Ulss.</i>	<i>Provvedimento di Giunta</i>	<i>Entro la data di stipula del contratto con i direttori Generali, verosimilmente entro il 31/12/2012</i>
<i>Art. 7 bis</i>	<i>Elaborazione delle modalità attuative per la riorganizzazione delle unità operative complesse e/o dipartimentali relative a : -provveditorato; -Anatomia patologica; -Risorse umane; -Gestione della logistica da allocarsi in ambiti ottimali.</i>	<i>Atto programmatico della Giunta</i>	<i>Entro il 31/12/2012</i>
<i>Art. 8</i>	<i>Definizione delle dotazioni standard del personale sanitario, professionale e amministrativo dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari a garantire l'erogazione dei Lea (ospedale e territorio)</i>	<i>Provvedimento di Giunta</i>	<i>Entro il 31/12/2012</i>
	<i>Definizione dei costi standard per le prestazioni sanitarie funzionali all'erogazione dei Lea.</i>	<i>Provvedimento di Giunta</i>	<i>Entro il 30/06/2013</i>
	<i>Definizione del riparto delle risorse da destinare alle Aziende Ulss determinato sulla base delle dotazioni e dei costi standard</i>	<i>Provvedimento di Giunta</i>	<i>Riparto dal 2014</i>



Le scadenze (e le priorità) della Giunta Regionale

<i>Riferimento testo PSSR</i>	<i>Attività</i>	<i>Atto</i>	<i>Scadenza</i>
<i>Art. 9</i>	<i>Definizione delle schede di dotazione ospedaliera</i>	<i>Provvedimento di Giunta</i>	<i>Da adottarsi entro 180 gg dall'entrata in vigore (pubbl. Bur 6/7/2012) Definizione proposta entro 30/9/2012 poi parere della V Commissione entro 90 gg</i>
	<i>Ridefinizione della rete dei presidi di emergenza-urgenza secondo criteri definiti nell'Allegato A del PSSR</i>	<i>Provvedimento di Giunta</i>	<i>Da adottarsi entro 180 gg dall'entrata in vigore (pubbl. Bur 6/7/2012) Definizione proposta entro 30/9/2012 poi parere della V Commissione entro 90 gg</i>
<i>Art. 10</i>	<i>Definizione delle schede di dotazione territoriale dei servizi (ivi compresa la previsione delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie) e delle strutture di ricovero intermedie.</i>	<i>Provvedimento di Giunta</i>	<i>Da adottarsi entro 180 gg dall'entrata in vigore (pubbl. Bur 6/7/2012) Definizione proposta entro 30/9/2012 poi parere della V Commissione entro 90 gg</i>
<i>Art. 11</i>	<i>Formulazione di uno schema tipo di contratto di lavoro che individui criteri obbligatori per la valutazione di fine incarico dei dirigenti di unità operativa complessa.</i>	<i>Provvedimento di Giunta</i>	<i>Da adottarsi entro 180 gg dall'entrata in vigore (pubbl. Bur 6/7/2012) Entro 31/12/2012</i>
<i>Art. 12</i>	<i>Elaborazione della relazione sanitaria comprendente la verifica e la valutazione dell'attuazione del PSSR, 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.</i>	<i>Provvedimento di Giunta</i>	<i>A cadenza annuale (entro 30/6 di ogni anno)</i>
	<i>Elaborazione della relazione sull'andamento della spesa sanitaria e sociale dell'anno in corso.</i>	<i>Relazione degli assessori alla sanità e al sociale</i>	<i>A scadenza semestrale (aprile e ottobre di ogni anno)</i>



Alcuni spunti per la riflessione

Rispetto agli obiettivi posti dalla Cisl nella fase di predisposizione del Piano e in fase di confronto tecnico con la Regione riteniamo:

- *positiva la previsione della riorganizzazione della rete ospedale/territorio, (richiesta Cisl) anche se non sono esplicitati i criteri di riferimento e tutto è rinviato alle schede di dotazione ospedaliera e territoriale (da verificare);*
- *interessante l'ipotesi di riorganizzazione della medicina di famiglia, ma i provvedimenti attuativi dovranno impostare in modo vincolante la loro funzione integrata nel territorio altrimenti non cambierà l'attuale modello organizzativo (richiesta Cisl);*
- *molto positivo l'approccio di sviluppo delle professioni (tutte), in particolare la previsione dell'infermiere case manager e della direzione delle professioni sanitarie (richiesta Cisl), la cui attuazione andrà presidiata;*
- *positiva la spinta verso la delega alle Ulss delle funzioni sociali dei Comuni (richiesta Cisl);*
- *positivo il rafforzamento dello sportello unico per garantire l'accessibilità dei servizi in raccordo operativo con i comuni (richiesta Cisl);*
- *Positiva la previsione della concertazione sistemica con le OO.SS. (richiesta Cisl);*



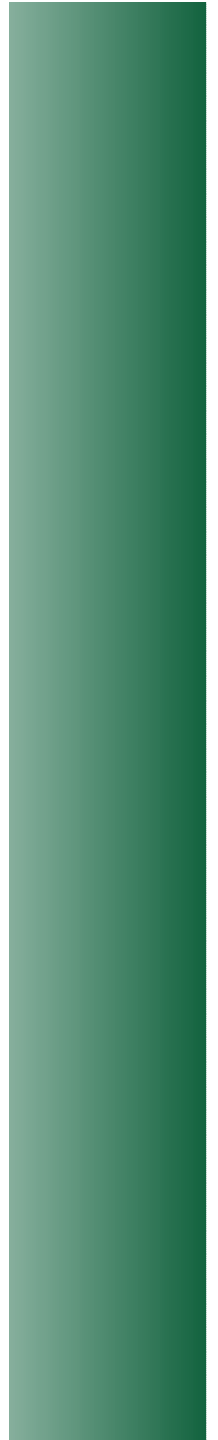
Alcuni spunti per la riflessione

- *Da presidiare la parte sulla non autosufficienza attraverso la “piena applicazione della L.r. 30/2009 a garanzia dell’universalità di accesso e del diritto di scelta delle prestazioni...” (richiesta Cisl);*
- *Sul sistema di finanziamento delle Ulss andrà verificato il sistema di riparto alla luce delle elaborazioni su dotazioni organiche e costi standard come da obiettivi del piano;*
- *In merito agli investimenti per edilizia ospedaliera in particolare, positivo il “time out” ed il controllo sugli effetti dei project financing, andrà verificata la legge che la Giunta si è impegnata a presentare.*

Questi sono alcuni degli obiettivi (ma non i soli) che dovranno essere attenzionati in fase attuativa della programmazione



DA DOVE PARTIAMO
?



	P.L. PROGRAMMATI (LIBRO BIANCO)	P.L. EFFETTIVI (LIBRO BIANCO)	RAPPORTO P.L./1000AB su effettivi	DGR 751/05N. APICALITA'	% ATTRAZIONE E FUGA (DH+RO) PERIODO 2001/2009	P.L. STRUTTURE E RESIDENZIALI (TUTTE)	N. ABITANTI	DAI 65 AI 74 ANNI	OVER 75	TOTALE OVER 65	% over 65
ULSS 1	758	669	5,18	43	-5,11%	1.191	129.073	14.932	14.632	29.564	22,9
ULSS 2	422	408	4,80	21	-7,24%	1.072	84.949	9.243	9.954	19.197	22,6
ULSS 3	690	538	3,00	29	-9,48%	1.599	179.497	17.316	15.806	33.122	18,5
ULSS 4	590	451	2,40	24	-13,44%	1.278	187.902	19.547	16.455	36.002	19,2
ULSS 5	584	546	3,02	26	-24,77%	2.014	180.577	17.145	14.984	32.129	17,8
ULSS 6	1.415	1.225	3,85	48	8,82%	2.667	318.436	31.472	28.321	59.793	18,8
ULSS 7	886	775	3,54	33	-7,22%	1.579	218.853	22.918	22.597	45.515	20,8
ULSS 8	850	666	2,66	36	-23,35%	1.454	250.762	22.761	20.407	43.168	17,2
ULSS 9	1.900	1.769	4,27	55	10,90%	3.028	414.503	40.425	36.867	77.292	18,6
ULSS 10	715	694	3,22	31	-38,98%	784	215.610	22.396	20.740	43.136	20,0
ULSS 12	1.621	1.603	5,21	61	6,13%	2.149	307.721	39.983	37.699	77.682	25,2
ULSS 13	900	739	2,77	36	-32,91%	875	266.705	27.878	21.830	49.708	18,6
ULSS 14	540	450	6,53	31	-50,08%	566	68.961	8.060	6.580	14.640	21,2
ULSS 15	810	801	3,17	36	5,50%	1.023	252.797	22.692	19.962	42.654	16,9
ULSS 16	820	824	1,69	21	17,53%	3.635	486.962	52.446	47.601	100.047	20,5
ULSS 17	630	512	2,76	26	-4,11%	797	185.382	18.873	18.942	37.815	20,4
ULSS 18	798	803	4,59	38	-2,09%	1.522	175.129	18.553	20.686	39.239	22,4
ULSS 19	360	348	4,65	15	27,78%	473	74.805	8.402	8.746	17.148	22,9
ULSS 20	760	679	1,44	24	12,19%	3.006	472.661	49.193	48.148	97.341	20,6
ULSS 21	607	543	3,51	28	-38,47%	1.070	154.705	15.082	15.418	30.500	19,7
ULSS 22	1.258	1.212	4,22	27	14,52%	1.791	287.535	26.925	22.864	49.789	17,3
AZ PD	1.534	1.567	3,22	80							
AZ VR	1.700	1.747	3,70	80							
IOV	121	103	0,21								
TOTALE	21.269	19.672	4,00	849		33.573	4.913.525	506.242	469.239	975.481	19,9



Calcoli su popolazione al 31/12/2010

		Residenzialità extraospedaliera tutta			Ospedalità			Ricovero intermedio	Post acuti	
		abitanti 31/12/2010	residenzialità	rapporto ab/pl	rapp pl/1000 ab	pl ospedaliere	rapporto ab/pl	rapp pl/1000 ab	1,2‰	0,5‰
n. 1	Belluno	128.631	1.191	108	9,3	669	192	5,20	154,36	64,32
n. 2	Feltre	84.970	1.072	79	12,6	408	208	4,80	101,96	42,49
n. 3	Bassano	180.517	1.599	113	8,9	538	336	2,98	216,62	90,26
n. 4	Thiene	188.264	1.278	147	6,8	451	417	2,40	225,92	94,13
n. 5	Arzignano	181.461	2.014	90	11,1	546	332	3,01	217,75	90,73
n. 6	Vicenza	320.461	2.667	120	8,3	1.225	262	3,82	384,55	160,23
n. 7	Pieve di Soligo	219.304	1.579	139	7,2	775	283	3,53	263,16	109,65
n. 8	Asolo	252.125	1.454	173	5,8	666	379	2,64	302,55	126,06
n. 9	Treviso	416.936	3.028	138	7,3	1.769	236	4,24	500,32	208,47
n. 10	San Donà	216.929	784	277	3,6	694	313	3,20	260,31	108,46
n. 12	Veneziana	308.522	2.149	144	7,0	1.603	192	5,20	370,23	154,26
n. 13	Mirano	268.934	875	307	3,3	739	364	2,75	322,72	134,47
n. 14	Chioggia	68.863	566	122	8,2	450	153	6,53	82,64	34,43
n. 15	Cittadella	254.752	1.023	249	4,0	801	318	3,14	305,70	127,38
n. 16	Padova	491.261	3.635	135	7,4	824	596	1,68	589,51	245,63
n. 17	Este	185.671	797	233	4,3	512	363	2,76	222,81	92,84
n. 18	Rovigo	175.804	1.522	116	8,7	803	219	4,57	210,96	87,90
n. 19	Adria	74.672	473	158	6,3	348	215	4,66	89,61	37,34
n. 20	Verona	474.124	3.006	158	6,3	679	698	1,43	568,95	237,06
n. 21	Legnago	155.587	1.070	145	6,9	543	287	3,49	186,70	77,79
n. 22	Bussolengo	290.494	1.791	162	6,2	1.212	240	4,17	348,59	145,25
	totale	4.938.282	33.573	147	6,80	16.255	304	3,29	5.925,94	2469,14



Dati tabella precedente includendo le aziende e lo iov nel calcolo del rapporto con abitanti (p.l. ospedalieri)

AZ PD	1.567
AZ VR	1.747
IOV	103
	3.417
totale p.l. Ulss +az +iov	19.672

		p.l.	rapp pl/1000 ab
n. 16	Padova +az osp+iov	2.494	5,08
n. 20	Verona + az osp	2.426	5,12