



le politiche di
SALUTE
nel Veneto

Treviso 24 ottobre 2013



La Programmazione
regionale
2012/2016

Sintesi

**FUNZIONE
PUBBLICA**



TREVISO

RELAZIONE QUINTA COMMISSIONE CONSILIARE

Modifica della programmazione per adeguare il sistema ai cambiamenti socio-epidemiologici e per innovare i modelli organizzativi.

L'analisi del contesto evidenzia il mutare dei bisogni assistenziali e l'emergere di nuovi modelli assistenziali per la crescita aspettativa di vita con il progressivo invecchiamento della popolazione e con l'aumento delle patologie cronic-degenerative collegate alla disabilità.

La Legge 122/2010, conversione del DL n.78/2010, ha introdotto nuovi vincoli alla gestione economico-finanziaria del SSR. Inoltre la Legge n. 42/2009 di delega al governo in materia di federalismo fiscale dispone il superamento del criterio di spesa storica normando il passaggio ad un finanziamento sulla base di costi standard.

Scelte strategiche della Programmazione regionale

- Confermare e consolidare l'integrazione socio-sanitaria che costituisce elemento distintivo del SSSR veneto.
- Potenziare l'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario
- Completare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla complessità clinica e intensità della cura richiesta.
- Impiego appropriato delle risorse professionali ridefinendo modelli operativi standard

Proposte della Quinta Commissione

- Durata temporale della programmazione da triennale a quinquennale.
- Bacino di riferimento delle Ulss, compreso tra 200.000 e 300.000 abitanti, fatte salve le specificità territoriali.
- Introduzione della figura del Direttore Generale della sanità e del sociale nominato dal Consiglio regionale su proposta del Presidente della Giunta regionale
- Introduzione del Direttore dei Servizi sociali e della funzione territoriale
- Durata triennale dell'incarico direttore del Dipartimento di Prevenzione

- Organizzazione del provveditorato, risorse umane e gestione logistica per ambiti territoriali definiti dalla Giunta regionale.
- Introduzione delle schede di dotazione territoriale delle unità operative dei servizi e delle strutture intermedie, da approvare con le schede di dotazione ospedaliera.
- Norme di trasparenza con obbligo di rendere pubblici i bilanci annuali per tutte le strutture sanitarie, sociali o socio sanitarie, o persone fisiche e giuridiche che operano nel territorio della Regione,

1. PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2011 - 2013

1.1 Premessa

I cambiamenti demografici ed epidemiologici nel Veneto, la prolungata fase di crisi economica in cui la domanda assistenziale aumenta ma si riduce la disponibilità finanziaria delle famiglie, nonché l'introduzione e la rapida diffusione di nuove tecnologie, i problemi di sostenibilità del Sistema Socio-Sanitario Regionale richiedono una sinergia per ridefinire le linee di programmazione socio-sanitaria della Regione Veneto.

Sul versante dell'offerta occorre rivedere e perfezionare l'equità allocativa, la produttività delle strutture sanitarie, la qualità e l'accessibilità dei servizi e delle prestazioni che si erogano ai cittadini e la continuità assistenziale.

Sul versante della domanda urge lavorare sul piano di una mirata appropriatezza clinica ed organizzativa.

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

Il nuovo Piano, conferma le linee di indirizzo della precedente programmazione ma introduce importanti novità:

- Pone al centro la persona
- Valorizza il rapporto con gli Enti Locali e con le Comunità
- Definisce gli obiettivi di salute e le modalità di erogazione dei LEA
- Individua nel Territorio la propria scelta operativa strategica
- Riorganizza la rete dell'assistenza ospedaliera e territoriale
- Risponde a criteri di sostenibilità economica, individuando costi e risorse occorrenti.

La nuova programmazione deve prevedere interventi di riorganizzazione strutturale e funzionale e la nuova strategia deve:

- Mantenere l'erogazione dei LEA su tutto il territorio regionale
- Sviluppare la rete assistenziale territoriale
- Rideterminare le reti cliniche ospedaliere
- Attuare avanzate metodologie per la verifica ed il controllo della gestione economico-finanziaria delle AZIENDE ULSS e Aziende Ospedaliere.

Le ULSS e le Aziende Ospedaliere dovranno aggiornare il proprio Atto Aziendale in relazione alle indicazioni contenute nel nuovo PSSR.

Diventa prioritario l'intervento sul territorio, la rete dei servizi, l'analisi vera dei bisogni per poter dare la giusta risposta con grande attenzione alle risorse economiche.

Si deve combattere in tutti i modi il consumismo sanitario e si introducono strategie di grande risparmio.

Si mettono le basi per diversificare le strutture prevedendo diversi livelli di intervento.

1.2 Contesto

Il Patto per la Salute 2010-2012 ,secondo l'intesa sottoscritta il 3/9/2009 tra Governo e Regioni, delinea le linee programmatiche e le risorse per la sanità nel triennio con un monitoraggio dei fattori di spesa.

In particolare:

- la riduzione dei posti letto a 3,5 ‰ a , di cui lo 0,5 ‰ da dedicare a lungodegenza e riabilitazione
- l'individuazione dei 108 DRG a rischio di in appropriatezza e dei 24 DGR da trasferire dal *day surgery al regime ambulatoriale*
- il perfezionamento di accordi interregionali sulla mobilità sanitaria
- regressioni tariffarie per il privato accreditato
- riduzione stabile degli organici e il ridimensionamento dei fondi per i contratti integrativi.

Le misure previste dalla finanziaria che prevede la riduzione nel triennio del fondo di finanziamento, potrebbero intervenire sugli attuali standard quali-quantitativi. Quindi vanno messe in atto strategie per l'organizzazione dei servizi con l'appropriatezza delle risorse.

La Legge n. 42/2009 di delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'art. 119 della Costituzione, dispone il **superamento graduale del criterio di spesa storica** nei settori di competenza regionale, in particolare della Sanità. In attuazione della stessa L. 42, il Consiglio dei Ministri ha recentemente approvato un decreto legislativo che norma il passaggio ad un sistema di **finanziamento sulla base dei costi standard dei Livelli Essenziali di Assistenza**, cioè quelli che sono i "costi teorici" efficienti in base all'utilizzo dei fattori produttivi ed alla struttura demografica della popolazione.

Possono esistere delle diversità rispetto alle realtà economico-sociali, dalla diversa struttura sanitaria rispetto alla spesa pubblica e privata, dalle dimensioni delle Regioni che permettono di ottenere economie di scala.

Una volta determinati i costi standard nazionali e superato definitivamente il criterio della spesa storica, tutte le spese dovute a inefficienze non saranno più coperte dalla solidarietà interregionale.

L'introduzione dei costi standard, quale parametro per calcolare il fabbisogno sanitario, permetterà di eliminare sprechi rendendo più uniformi i sistemi sanitari regionali ed aumentando la responsabilizzazione finanziaria ed amministrativa dei vari livelli di governo.

In ambito veneto l'orientamento è di costruire un processo di definizione dei costi standard in modo preciso considerando come parametri di riferimento le migliori *performance* conseguite nelle Aziende Sanitarie nel rapporto costi-benefici, tenuto conto delle caratteristiche demografiche e morfologiche dei loro territori.

1. 3 SCENARIO SOCIO-DEMOGRAFICO E EPIDEMIOLOGICO

Il Veneto ha circa 4.900.000 abitanti, il 51% di sesso femminile, un'età media per gli uomini di 41 anni e per le donne di 44 anni, un dato demografico di 10 nati per 1.000 abitanti di cui un quinto di origine straniera. Il saldo naturale è pari a 3.837 nel 2008 dovuto alla presenza di altre etnie, ed è in termini di popolazione la quinta regione italiana.

La distribuzione della popolazione si presenta molto eterogenea: più della metà dei Comuni ha meno di 5.000 abitanti, prevalentemente nelle aree montane e nel polesine.

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

Caratteristica principale della popolazione veneta è l'invecchiamento, in coerenza con quanto avviene a livello nazionale, per l'effetto congiunto del calo delle nascite e l'allungamento della vita media. La struttura demografica regionale si caratterizza, pertanto, per una forte componente di anziani in costante aumento negli ultimi 15 anni relativamente a tutte le fasce di età, ma con un incremento più consistente per la classe degli ultra 85enni.

La componente anziana, più spesso in condizioni di “fragilità” e più esposta al rischio di patologie croniche, quella cioè costretta a ricorrere maggiormente ai servizi socio-sanitari è nella fascia degli ultra 75enni. L’analisi demografica evidenzia alcune macrospecificità:

- progressivo invecchiamento con aumento dei grandi anziani , in prevalenza donne
- bassa natalità della popolazione autoctona bilanciata da una elevata natalità della popolazione straniera
- crescita della popolazione immigrata e sua diversa distribuzione nel territorio regionale con maggiori presenze nelle aree centrali più segnate dall’industrializzazione
- famiglia profondamente cambiata rispetto al passato, con minor componenti, significativa quota di nuclei formati da un solo componente anziano, ed alta percentuale di giovani tra i 18 e i 34 anni che vivono nell’abitazione dei genitori.

Gli ambiti di priorità a livello di gruppi di popolazione

Alla programmazione spetta il compito di:

- Individuare e monitorare i bisogni di salute della popolazione con particolare attenzione al territorio e alla tipologia della popolazione
- Indicare e attuare interventi assistenziali adeguati per le diverse fasi della vita, in relazione ai diversi problemi ed alle differenti aree geografiche.

Questa analisi così particolareggiata mira a dimostrare le difficoltà che si incontreranno in futuro nell’assistenza socio-sanitaria, in particolare agli anziani che saranno in numero più elevato.

Si evidenzia che la famiglia dovrà diventare la vera risorsa del sistema anche se è chiaro che sarà sempre più difficile assistere il paziente cronico .

La famiglia garantirà una parte di welfare soprattutto sociale.

Linee di tendenza nel Veneto

- Spostamento del picco di fertilità nella classe di età materna 30-34 anni

- Incremento delle nascite da sottogruppi di popolazione immigrata, soprattutto nelle province di VICENZA, Treviso, Verona, Padova
- Abbassamento dell'età dei primi rapporti sessuali e la persistenza di una certa quota di gravidanze fra le teenagers, almeno 440 per anno
- Aumento dell'offerta di test di diagnosi prenatali e la diffusione di procedure di diagnostica prenatale
- Intensificazione del numero dei controlli nel corso di gravidanze fisiologiche, aumento della frequenza di ricoveri in gravidanza, elevato • Consistente ricorso alle indagini genetiche di tipo prenatale e post-natale con una frammentazione dei centri di genetica cresciuti in assenza di pianificazione

Età pediatrica-adolescenziale

I minori di età inferiore a 18 anni, residenti in Veneto, sono circa 830.000 di cui 47.000 nuovi nati per anno nei 41 punti nascita della Regione e 1.130.000 donne in età fertile. Il numero dei figli per donna è passato negli ultimi 15 anni da 1,07 a 1,45 evidenziando un incremento di circa un terzo.

L'aumento della fertilità in Veneto è legato a due fenomeni: l'aumento dell'età relativamente avanzata, cioè superiore ai 35 anni, e l'incremento di nascite in donne immigrate che contribuiscono per il 29,7% dei nati nella nostra Regione.

Giovani-adulti

Il 21% della popolazione compresa tra 18 e 69 anni soffre di ipertensione e il 24% beve in modo pericoloso. Il 33% dei giovani tra i 18 e 24 anni fuma e il 40% è in sovrappeso.

Solo il 30% della popolazione segue uno stile di vita idoneo

Anziani

Nel 2010 la componente anziana rappresenta il 20% della popolazione veneta (circa 980.000) con costante aumento dei grandi anziani ultra 85enni, per definizione "fragili" portatori di problemi di cronicità.

Il 3% è ospitato nei presidi residenziali e il 27% vive solo e di questi il 90% ha come punto di riferimento i parenti.

Negli ultimi anni si è osservata un'elevata domanda assistenziale da parte della terza età in riferimento alle malattie cronico degenerative. Ogni anno vengono dimessi dagli ospedali 350.000 pazienti anziani.

1. 4 POTENZIALITÀ STRUTTURE SOCIO-SANITARIE

1.4.1 Le Strutture Ospedaliere

I posti letto in Veneto per i ricoveri ospedalieri nelle strutture pubbliche e nelle strutture private accreditate sono complessivamente 19,127 dei quali l'11% in *day hospital* corrispondente al 3,9 ‰

Le provincie con il maggior rapporto posti letto/abitanti sono Belluno, Rovigo, Padova, Verona.

BELLUNO	5 ‰
PADOVA	5,6 ‰ (incluso IOV)
VERONA	4,9 ‰

I posti letto i riabilitazione lungodegenza sono il 14,8 % del totale pari allo 0,6‰.

A livello regionale vi sono 41 punti nascita uniformemente distribuiti tra le provincie del Veneto. Il 68% dei parti avviene in punti nascita di grandi dimensioni(oltre i mille parti).

Sono 4 le strutture dove il numero dei parti è inferiore a 500 all'anno, ma con particolare localizzazione in area montana.

La mobilità ospedaliera

L'indice di attrazione (mobilità attiva) risulta in lieve crescita dal 7,6 % all'8,3%. Nel contempo è aumentata la quota di residenti del Veneto ospedalizzati in strutture fuori regione. L'indice di fuga passa dal 4,4 % del 2000 al 6,4 % del 2009.

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

1.4.2 Le Strutture residenziali Socio Sanitarie

I Centri di Servizio e i Centri Diurni semiresidenziali per persone non auto sufficienti sono raggruppate in due macro-categorie:

- **Strutture a ciclo continuativo a carattere temporaneo:** hanno obiettivo assistenziale con un arco temporale definito e sono Hospice, Sezione Alta Protezione Alzheimer, Ospedale di Comunità, Centri Diurni
- **Strutture a ciclo continuativo a carattere definitivo:** il progetto assistenziale richiede un monitoraggio costante e la ridefinizione degli interventi sulla base dell'evoluzione del quadro clinico. Sono Centri di Servizio, le Sezioni di Stato vegetativo persistente e di minima coscienza.

Queste strutture sono qualificate mediante il processo di accreditamento previsto dalla L.R. n.22/2002 e offrono 25.000 posti letto articolati secondo le diverse unità di offerta.

È stato introdotto il sistema delle “impegnative di residenzialità” definito come il titolo rilasciato al cittadino per l’accesso alle prestazioni rese nelle strutture residenziali autorizzate sulla base della normativa vigente. Al fine di monitorare costantemente quanto viene speso è stato creato un apposito flusso regionale, aggiornato in relazione alle impegnative emesse attraverso il **registro unico di residenzialità** attivato in ciascuna Azienda Ulss.

1.4.3 Dall’analisi alle linee di indirizzo

L’analisi dell’offerta evidenzia alcuni aspetti strategici per la programmazione regionale:

- Riorganizzazione della rete ospedaliera in forma omogenea sul territorio regionale
- Riconversione di strutture ospedaliere dismesse
- Valorizzazione, in un’ottica di sistema, delle strutture extraospedaliere
- Ridefinizione delle funzioni e degli standard delle strutture intermedie

1.5 SFIDE ASSISTENZIALI - CRITICITÀ - SCELTE STRATEGICHE

L’analisi del contesto fa emergere le nuove sfide assistenziali:

- Crescita aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione e aumento patologie cronico - degenerative collegate spesso con disabilità.
- Precarietà dei rapporti familiari, amicali, lavorativi con la progressiva destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale
- Correlazione tra la fragilità individuale, specie nell’anziano ma anche nei giovani, e la condizione di solitudine presente in un contesto relazionale sempre più complesso
- Rilevanza della componente immigrata tra la popolazione residente che richiede approcci differenziati ai servizi socio-sanitari.

Criticità

- Disomogeneità tra le varie Aziende ULSS con rilevanti differenze nell’offerta, ad esempio la distribuzione della dotazione dei posti letto per acuti e per riabilitazione.

- Progressiva crescita della mobilità passiva ospedaliera legata ad alcuni specifici ambiti di domanda come la riabilitazione.
- Ricorso inappropriato ad alcune prestazioni come l'accesso al Pronto soccorso e le liste d'attesa nell'ambito della specialistica strumentale e diagnostica.
- Variabilità dei modelli organizzativi e gestionali.

Le scelte strategiche della programmazione regionale:

- ▶ **Potenziamento** e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza
- ▶ **Ridefinizione organizzativa** dell'offerta ospedaliera
- ▶ **Ridefinizione delle competenze** e l'implementazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio, orientando il primo al trattamento dell'acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità, secondo logiche di rete.
- ▶ **Sviluppo** di politiche di integrazione professionale e di intersectorialità degli interventi
- ▶ **Investimento sull'appropriatezza clinica e organizzativa.**

GARANTIRE IL GOVERNO ECONOMICO-FINANZIARIO in grado di riportare il SSSR all'equilibrio di bilancio.

Il riequilibrio delle risorse finanziarie impone una governante dei processi basata sull'efficienza ed efficacia delle prestazioni che vengono messe in atto nel tentativo di utilizzare le professionalità presenti ottimizzandone l'azione in un ottica multidisciplinare.

Appare evidente che si sposta l'attenzione verso il territorio e quindi le cure primarie ma anche verso il domicilio con tutto quello che ne consegue. La disabilità, la non autosufficienza, e cure palliative sono capitoli che rivestono grande importanza e che rischiano di diventare pesanti fardelli per le famiglie se non adeguatamente supportate.

2. COSTRUIRE LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Il SSSR si fonda su 4 principi:

1. Universalità, rivolto a tutta la popolazione
2. Equità, uniformità di prestazioni su tutto il territorio
3. Umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria
4. Integrazione socio-sanitaria

2.1.1 Riferimenti per la programmazione regionale

- Conferma dell'importanza del modello socio-sanitario, integrato nelle due componenti assistenziali fondamentali
- Valenza della programmazione pubblica
- Concezione centrale di "filiera della salute" per garantire la continuità dell'assistenza con una presa in carico globale del paziente ma anche interpretare la salute come elemento di progresso.

Sostenibilità della programmazione regionale

- ▶ **Sostenibilità economica**, utilizzo appropriato delle risorse con la capacità di garantire la tutela della salute a fronte di risorse finite
- ▶ **Sostenibilità sociale**, attraverso un processo di coinvolgimento attivo dei cittadini e delle comunità per condividere le politiche di cambiamento, di partecipazione, e di responsabilizzazione
- ▶ **Sostenibilità professionale**, attraverso la condivisione degli obiettivi, la comunicazione e la formazione degli operatori a tutti i livelli

Ambiti della programmazione regionale

Si suddividono in tre macro-obiettivi:

1. **Potenziamento dell'assistenza territoriale**, consolidando il ruolo del Distretto Socio-Sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, e modelli organizzativi a rete fondati su team multi professionali, ridefinendo una filiera per l'assistenza extraospedaliera con particolare riferimento alla gestione dell'assistenza intermedia
2. **Completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera**. Sviluppo di modelli *hub* e *spoke* con funzioni assistenziali a valenza regionale, provinciale e locale
3. **Perfezionamento delle reti assistenziali** sia orizzontali che verticali, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza garantendo la continuità dei percorsi.

2.3 UN PIANO INTEGRATO PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA

Integrazione è parola chiave nella programmazione regionale perché è auspicabile un intervento coordinato di tutte le componenti del sistema, in tutte le sue declinazioni

2.3.1 Integrazione socio-sanitaria

Si conferma strategia fondante del modello veneto da perseguire a tutti i livelli del sistema.

Un assetto istituzionale integrato si fonda sull'accordo programmatico, gestionale e valutativo dei Comuni, attraverso i loro organismi di rappresentanza e le Aziende Ulss; il Piano di zona è lo strumento principale dell'accordo programmatico e deve essere coerente con la programmazione regionale.

2.3.2 L'integrazione Ospedale-Territorio

Una gestione integrata del paziente richiede atti che garantiscano la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse.

Una gestione integrata garantisce la continuità assistenziale attraverso alcune strategie complessive:

- Consolidamento di ammissione e dimissione protetta anche attraverso figure di riferimento "*case manager*"
- Diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
- Potenziamento degli strumenti di scambio informativo evitando la frammentazione degli interventi
- Consolidamento della prassi aziendale per definire obiettivi trasversali per il *budget* dell'Ospedale e per il *budget* del Territorio

3. GLI AMBITI DELLA PROGRAMMAZIONE

Nell'ambito di sistemi così complessi, com'è quello socio-sanitario, il concetto di rete appare il più idoneo:

- Fare rete tra professionisti
- Mettere in rete il sistema sotto il profilo tecnologico, potenziando le strumentazioni informatiche e telematiche
- Organizzare in rete l'individuazione di modelli che mettano in relazione funzionale strutture di gestione ed erogazione dei servizi.

Si individuano perciò tre macro-obiettivi:

- Potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario con modelli di gestione integrata della cronicità, con modelli a rete fondati su *team* multi - professionali, qualificando le forme associative della Medicina Convenzionata ridefinendo una filiera per l'assistenza extraospedaliera con particolare attenzione alle strutture intermedie
- Razionalizzazione della rete ospedaliera delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli in cui la degenza sia definita per complessità clinica e intensità di cura. Si prevede lo sviluppo di modelli *hub & spoke*
- Perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza secondo il paradigma che attribuisce l'acuzie all'Ospedale e la cronicità al Territorio.

Si devono garantire i LEA in modo uniforme tenendo presente le specificità del territorio bellunese, del Polesine, delle aree montane e lagunari e di quelle a bassa densità abitativa. Si conferma che le Aziende Ulss con un bacino di riferimento compreso tra i 200.000 e 300.000 abitanti presentano migliori performance gestionali e assistenziali, configurando questa come la dimensione ottimale.

3.1 L'ASSISTENZA TERRITORIALE

La ridefinizione organizzativa del PSSR si impenna sulla scelta di considerare il Distretto Socio-Sanitario quale luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali.

- Centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS
- Assicura l'erogazione dell'assistenza territoriale attraverso un'elevata integrazione tra i diversi servizi
- È l'articolazione organizzativa - funzionale dell'Azienda Ulss

L'assistenza territoriale garantisce:

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

Attività e funzioni

- Analizza e valuta i bisogni di salute.
- Gestisce i servizi e gli interventi che rientrano nel livello di assistenza distrettuale, avvalendosi di operatori e di unità operative proprie, oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori o organizzazioni esterne.
- Governa i consumi di prestazioni indirette (farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali e ospedaliere) attraverso l'attività di orientamento del cittadino.
- Realizza l'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale, operativo.

Si prevede un ambito con un bacino minimo di 100.000 residenti, fatte salve eventuali specificità.

In ogni Ulss dovrà prevedere in modo trasversale cinque Unità:

UOC Cure Primarie, UO Infanzia Adolescenza e famiglia, UO Disabilità, UO Cure Palliative, UO Attività Specialistiche

3.1.1 Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale

L'assistenza sanitaria territoriale rappresenta il primo livello di assistenza ed il primo punto di contatto tra il cittadino e il SSSR.

Nel SSSR l'assistenza è l'insieme degli interventi e dei servizi organizzati dal Distretto Socio-Sanitario in collaborazione con i medici convenzionati e con le comunità locali.

L'assistenza territoriale è:

- **generalista** perché include la promozione della salute, la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione.
- **olistica** perché è interessata alla persona nel suo contesto sociale e familiare
- **continua** perché usa strategie di presa in carico.

Obiettivi di salute

- a) Area della prevenzione e promozione della salute
- b) Area assistenza materno infantile e dell'età adolescenziale
- c) Area dell'assistenza al paziente cronico
- d) Area dell'assistenza al paziente fragile

Il Distretto, con a garanzia della presa in carico, accompagna il cittadino nel complesso percorso assistenziale ed è la struttura mediante la quale l'Uls assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

3.1.2 Modelli organizzativi dell'assistenza territoriale

L'area della cronicità, in progressiva crescita, merita maggiore attenzione per la qualità e la continuità dell'assistenza erogata e perché assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e risorse.

Si devono definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare per favorire la continuità delle cure.

Nella gestione integrata della cronicità il medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente corresponsabile della presa in carico in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti.

Questo approccio presuppone una medicina di famiglia organizzata e coadiuvata da altri soggetti in particolare dal personale infermieristico. Quindi vanno previste su tutto il territorio regionale le **Medicine di Gruppo Integrate** quali forme associative più evolute.

Le **Medicine di Gruppo Integrate** sono

-organizzazioni fondate su un *team* multi - professionale e multidisciplinare

-gestiscono la presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una definita Comunità

-garantiscono continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore anche attraverso forme di raccordo tra Ospedale e Territorio.

-realizzano programmi di prevenzione, erogano prestazioni al paziente acuto e gestiscono il paziente cronico.

-integrano le analisi epidemiologiche anche ai fini di valutare il case mix

L'estensione delle **Medicine di Gruppo Integrate** garantisce l'uniformità assistenziale e sono auspicabili a livello locale accordi con le amministrazioni Locali e con altre istituzioni pubbliche o private per favorire la messa a disposizione di strutture che permettano la realizzazione di questi modelli organizzativi.

3.1.3 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, in riferimento alle specificità dei territori.

Va ridisegnata la rete dei servizi secondo un sistema di cure graduali nell'ambito del Distretto, fondato su azioni coordinate tra loro e in stretta sinergia.

- Assistenza Primaria
- Cure Domiciliari
- Assistenza specialistica e le cure palliative
- Assistenza semiresidenziale e residenziale
- Assistenza in Strutture Intermedie

Questi livelli assistenziali sono garantiti attraverso i servizi distrettuali, le medicine di gruppo integrate, le strutture residenziali, l'unità riabilitativa territoriale, l'ospedale di comunità, i servizi domiciliari comunali.

Al Distretto afferisce la gestione operativa di tutte queste strutture in un'ottica di rete assistenziale.

L'erogazione efficace degli interventi presuppone una considerazione globale dei bisogni realizzata, di norma, attraverso l'Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale.

L'UVMD promuove ed assicura la continuità assistenziale tra le diverse articolazioni sviluppandone l'integrazione.

Assistenza Primaria

L'intero assetto dell'assistenza territoriale si fonda sull'evoluzione delle forme associative della medicina di famiglia in Medicine di Gruppo Integrate e si sviluppa attraverso una rete diffusa di nodi organizzativi multi professionali.

Le MGI rappresentano punti di riferimento certi per l'assistito, garanti di continuità assistenziale consolidando la piena integrazione della Medicina Convenzionata nel Distretto.

Assistenza Sociale

Per perseguire l'obiettivo di salute il Distretto deve garantire interventi di natura sociale a forte integrazione con quelli sanitari. L'assistenza sociale, quale livello essenziale, deve essere garantita dall'organizzazione dei servizi. L'assistente sociale ha il ruolo di regia nei processi di integrazione socio-assistenziale e di coordinamento tra l'area sanitaria e quella socio-assistenziale in un'ottica di raccordo con le realtà del terzo settore e del volontariato.

Cure domiciliari

Favorire lo sviluppo dell'assistenza domiciliare su tutto il territorio regionale rappresenta obiettivo strategico della programmazione regionale.

Linee d'indirizzo:

- Consolidamento esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del Medico di famiglia valorizzando il ruolo del case manager cioè dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo (ADI).
- Implementazione di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7.
- Sviluppo della radiologia a domicilio a supporto dell'attività di diagnosi e cura
- Implementazione del SAD
- Consolidamento dell'informatizzazione dell'assistenza domiciliare

Assistenza specialistica e Cure Palliative

È una funzione fondamentale governata dal Distretto e collocata in maniera trasversale ai diversi nodi della rete assistenziale, supporto necessario all'attività del medico di famiglia, erogata anche a domicilio, nelle strutture intermedie e nei Centri di servizio. Per questo sarà necessario sviluppare il collegamento in rete con i medici di famiglia e con le strutture distrettuali e ospedaliere.

Importante è l'ambito delle cure palliative per l'assistenza ai malati in fase terminale di ogni malattia cronica ed evolutiva, che devono essere prese in carico dal Distretto.

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

Le Ulss garantiscono l'offerta di cure palliative a livello sovra distrettuale attraverso l'U.O. Cure Palliative.

Viene istituito un Nucleo che rappresenta un'organizzazione funzionale multi professionale che è in grado di:

- compiere il percorso assistenziale nelle migliori condizioni
- assicurare assistenza nelle 24 ore 7gg/7
- garantire cure palliative anche ai malati non oncologici.

Assistenza residenziale e semiresidenziale

L'assistenza residenziale e semiresidenziale svolta dai Centri di Servizio e dai Centri Diurni, oltre ad essere di fondamentale supporto ai processi di continuità Ospedale- Territorio, rappresenta per alcune tipologie di utenti l'unica vera risposta ai bisogni socio-sanitari. Sono strutture polyvalenti, flessibili distribuite nel territorio con una integrazione organizzativa e professionale che cresce con l'aumentare della complessità dell'utenza assistita.

Scelte strategiche della programmazione regionale:

- potenziamento e consolidamento dell'integrazione funzionale dei Centri di Servizio e Centri Diurni con i servizi distrettuali.
- rivisitazione dell'assistenza medica all'interno dei Centri di Servizio e Centri Diurni.

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

Assistenza in strutture di ricovero intermedie

Lo sviluppo dell'assistenza intermedia si configura come obiettivo strategico regionale.

Si dovranno attivare strutture di ricovero temporaneo in grado di accogliere pazienti per i quali non si possa prevedere un percorso di assistenza domiciliare e risulta improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

Si identificano 2 specifiche strutture:

Ospedale di Comunità

L'ospedale di Comunità è una struttura sanitaria territoriale residenziale inserita nella rete dei servizi dell'assistenza primaria con una dotazione minima di 15 posti letto rivolta:

1. alla cronicità con controlli periodici o terapie particolari
2. a malattie acute o evolutive che necessitano di terapie difficilmente erogabili a domicilio
3. alle cure palliative non erogabili a domicilio.

Ricoveri di breve durata (indicativamente di 30 giorni) senza alcuna compartecipazione alla spesa.

La gestione clinica è affidata alla Medicina di Famiglia, la responsabilità organizzativa gestionale ad un Medico Coordinatore individuato dal Direttore della funzione territoriale.

L'accesso può avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali x su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dl pronto soccorso.

L'UVMD definisce , entro 7 giorni, il Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI).

L'assistenza nelle 24 ore è garantita da personale infermieristico ed operatori socio sanitari, dai medici di continuità assistenziale e dai medici di famiglia.

Presso l'Ospedale di Comunità potrà trovare collocazione anche una delle sedi della Continuità Assistenziale.

La sede fisica predilige presidi ospedalieri, in particolare dismessi, o strutture residenziali o presso sedi delle Medicine di Gruppo Integrate.

Ciascuna Ulss definirà, conformemente agli indirizzi regionali, un proprio regolamento di Ospedale di Comunità.

Unità Riabilitativa Territoriale (URT)

Struttura di ricovero intermedia i cui obiettivi essenziali sono:

- assistenza socio sanitaria di base e specialistica eventualmente necessaria
- conservare lo stato di equilibrio raggiunto compatibilmente con la menomazione residua
- riabilitazione globale dell'autonomia psico-fisica per un recupero mirato al rientro a domicilio.

Ricovero di media durata (indicativamente di 60 giorni), con relativa partecipazione alla spesa, relativa alla quota alberghiera, da parte dell'assistito nella misura definita da specifici provvedimenti regionali.

L'assistenza garantita nelle 24 ore da personale infermieristico e operatori socio sanitari, oltre che da assistenza medica.

L'URT afferisce al Distretto e la sua sede fisica potrà essere presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso Centri di Servizio.

È valorizzato il suo ruolo nella rete assistenziale territoriale per evitare una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, per un precoce ricorso all'istituzionalizzazione in particolare per la persona anziana.

Capisaldi dell'Assistenza Extraospedaliera

- ▶ ruolo delle **Medicine di Gruppo Integrate** che rappresentano punti di riferimento per l'assistito e che consolidano la piena integrazione nel Distretto della Medicina Convenzionata.
- ▶ **Assistenza Domiciliare e Cure Palliative** gestiti dal distretto e collocati in modo trasversale alla rete territoriale quali elementi a supporto dell'attività delle Medicine di Gruppo Integrate, delle strutture intermedie, delle strutture residenziali e semiresidenziali.
- ▶ **Formalizzazione dell'integrazione tra Ospedale e Territorio** finalizzata ad una presa in carico continuativa con l'istituzione di un *Coordinamento per la pianificazione e l'organizzazione* di tutte le attività nella gestione del paziente dall'Ospedale al Territorio e viceversa definendo i protocolli operativi.

Sono membri del Coordinamento:

- Responsabile U.O. Disabilità
 - Direttore funzione territoriale
 - Responsabile U.O. Cure Primarie
 - Responsabile U.O. Infanzia, adolescenza, Famiglia
 - Responsabile della funzione sanitaria nelle strutture per non autosufficienti
 - Direttore funzione ospedaliera
 - Responsabile delle professioni sanitarie
 - 1 Farmacista
 - 1 Assistente Sociale
 - 1 Medico e 1 Pediatra di famiglia
 - 1 Specialista ambulatoriale Interno
- ▶ **UVMD** rimane lo strumento di definizione del Progetto Assistenziale Individualizzato che applica gli indirizzi elaborati dal coordinamento

- ▶ **Qualificazione delle professionalità** per ampliare la cultura del lavoro in *team multi professionale* con modelli di lavoro in rete.
- ▶ **Sviluppo delle professioni sanitarie** in particolare dell'infermiere anche attraverso l'attribuzione di ruoli gestionali.

Il Direttore della funzione territoriale avrà un responsabile infermieristico che

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

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

3.2. ASSISTENZA OSPEDALIERA

L'Ospedale viene ancora identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie.

Elementi di criticità:

- la gestione di alcune patologie croniche è ancora imperniata sull'Ospedale
- la dotazione di posti letto per acuti non è del tutto allineata con gli attuali bisogni della popolazione perché oggi è possibile utilizzare innovativi approcci alla gestione delle patologie con conseguente progressiva riduzione della ospedalizzazione
- l'organizzazione dipartimentale negli Ospedali è maggiormente orientata a percorsi intraospedalieri
- l'organizzazione in dipartimenti strutturali non ha garantito i risultati attesi di razionalizzazione ed efficacia nell'utilizzo di risorse umane e strumentali
- le apparecchiature e tecnologie sono utilizzate per dare risposte a bassa complessità evidenziando un rapporto costo-beneficio non ottimale
- il sistema informativo - informatico e l'informatica clinica non sono sufficientemente coordinati.

Da questo emerge la necessità di ricomporre l'articolazione dei servizi sanitari in un sistema complesso ed integrato.

Va confermata la valenza dello spostamento del baricentro dall'ospedale al Territorio come scelta strategica.

Inoltre la riduzione dei posti letto per acuti rappresenta l'occasione per qualificare il ruolo dei singoli presidi in una logica di rete coordinata, secondo modelli *hub & spoke*.

L'idea progettuale delle reti ospedaliere porta:

- Miglioramento dell'accesso alle cure per le prestazioni di bassa e media intensità
- Adeguata risposta per le cure di alta e altissima specializzazione
- Riduzione o eliminazione delle duplicazioni dei servizi
- Migliore allocazione delle tecnologie
- Maggiore utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini
- Promozione della crescita professionale e scientifica con scambi culturali tra i diversi punti della rete ospedaliera e territoriale.

3.2.1. La rete ospedaliera su due livelli

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

Per garantire continuità dell'assistenza e sostenibilità economica si intende definire un modello di rete ospedaliera strutturato su due livelli in base alla intensità e complessità delle cure erogate, alla tipologia di specialità ed alle funzioni di emergenza presenti, ruolo svolto nella ricerca, nello sviluppo dell'innovazione e nella formazione del personale.

Ospedali di riferimento provinciale

- Specialità di base e di medio livello per il territorio di riferimento
- Presenza di Alte specialità per un territorio più ampio
- Sede di DIMT costituendo centri *hub* a livello sovra - aziendale

Le Aziende Ospedaliere di PADOVA e VERONA

- Specialità di base e di medio livello per il territorio di riferimento
- Centro *hub* per le provincie di riferimento
- Centro di riferimento regionale per alcune funzioni (emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica).
- Centro di eccellenza e punto di riferimento a livello nazionale

Le alte specialità e le alte tecnologie hanno un bacino di riferimento di circa 1.000.000 di abitanti.

Ospedali di rete con circa 200.000 abitanti

- Sede di Pronto Soccorso
- Specialità di base e 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 quelli provinciali costituendo centri spoke.

Sono 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 e all'interno del presidio ospedaliero ci dovrà essere ameno una struttura preposta a gestire l'emergenza.

Gli Ospedali di rete, punti di riferimento extra-regionale a seguito di specifici accordi tra Regioni avranno un riconoscimento.

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

Sono previste strutture per acuti integrative della rete anche ad indirizzo mono - specialistico denominate "ospedali nodi di rete" che potranno avere il servizio di emergenza – urgenza.

L'integrazione verticale tra i due livelli riguarda la gestione della rete di emergenza – urgenza e l'erogazione di prestazioni specialistiche a vario grado di complessità in un contesto di reti cliniche.

L'integrazione orizzontale deve essere sviluppata con il livello di assistenza territoriale e 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 devono avere requisiti minimi di sicurezza e standard assistenziali e organizzativi che garantiscano volumi di attività adeguati.

Indirizzi strategici:

- Attività di degenza organizzata in forma dipartimentale tenendo conto dell'intensità dell'assistenza e di cura
- Sviluppo di modelli di organizzazione delle degenze basati su moduli dedicati all'assistenza diurna e settimanale, *week surgery*, per alcune discipline chirurgiche.

Questa riorganizzazione porterà ad un aumento della complessità assistenziale e della gravità clinica dei pazienti ricoverati in regime ordinario richiedendo modificazioni nelle competenze di tutti i professionisti.

-Consolidamento del percorso già avviato di trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale e lo sviluppo di modelli organizzativi basati su moduli di day service che prevedono la permanenza del singolo paziente da 3 a 8-12 ore con l'erogazione di:

-sequenze complesse di prestazioni diagnostiche concentrate in un unico accesso

-prestazioni terapeutiche che richiedono un ambiente protetto come le emotrasfusioni.

-prestazioni ambulatoriali a pazienti non collaboranti

La rete complessiva di assistenza nelle sue componenti ospedaliera e territoriale richiede:

a. L'ospedale come parte del percorso si deve raccordare con le strutture e le modalità operative del territorio. Va rafforzato il modello a gestione dipartimentale dei percorsi clinici.

b. Valorizzazione delle competenze in termini organizzativi delle professioni sanitarie. **Il processo di assistenza infermieristica, sia ospedaliera che territoriale e la gestione delle relative risorse afferisce al responsabile del Servizio delle Professioni Sanitarie non mediche, ai sensi della Legge n. 251 del 2000.**

c. Sviluppo di una rete informatica e telematica con l'implementazione della cartella clinica integrata.

Il Presidio ospedaliero, a prescindere dal numero di sedi, è diretto da un Direttore Medico unico responsabile organizzativo - funzionale dell'intera funzione ospedaliera ed è nominato dal Direttore Generale e resta in carica 3 anni e comunque non oltre i 3 mesi dalla cessazione del mandato del Direttore Generale.

3.2.3 Definizione della rete di offerta ospedaliera pubblica e privata

Obiettivi generali

- Adeguamento dei posti letto agli standard: 3,5 ‰ a , di cui lo 0,5 ‰ da dedicare a lungodegenza e riabilitazione e 1,2 ‰ per strutture extraospedaliere cioè strutture di ricovero intermedie

- Tassi di ospedalizzazione con valori inferiori al 140 ‰
- Tasso di occupazione per i ricoveri del 90% e degenza media dei ricoveri pari a 6 giorni
- Riequilibrio delle dotazioni e delle risorse di rete di assistenza ostetrico-neonatale in relazione ai cambiamenti demografici
- Informatizzazione e monitoraggio delle liste di attesa dei ricoveri e delle attività chirurgiche.

Individuazione del fabbisogno e della allocazione dei posti letto per acuti

Criteri:

- profili epidemiologici
- evoluzione delle tecnologie biomediche e trasferimento dal regime di ricovero all'attività ambulatoriale semplice e complessa

Allocazione dei posti letto per i diversi livelli della rete ospedaliera:

- Profili demografici della popolazione
- Numerosità di casi trattati correlabile alla expertise acquisita
- Livello di intensità di cure e di complessità previsto per la struttura

Organizzazione dei posti letto

- Moduli di posti letto che consentono l'utilizzo ottimale delle risorse umane
- Modelli organizzativi che consentono di utilizzare le risorse in modo flessibile e compatibile con i livelli di complessità richiesti
- Efficienza operativa

Obiettivi specifici riferiti ai livelli della rete ospedaliera

Le funzioni di alta specialità e di alte tecnologia dovranno essere affidate ad un bacino di 1.000.000 di abitanti.

La rete dei punti nascita dovrà essere organizzata con l'obiettivo di pervenire ad una riduzione progressiva dei punti nascita con un numero di parti inferiore ai 1.000/anno ad eccezione per le zone montane, lagunari o a bassa densità abitativa.

Potenziamento del Servizio di Trasporto del Neonato Critico STEN

Attivazione e messa a regime del Sistema di Trasporto Assistito Materno STAM

Per l'area pediatrica si prevede:

- Coordinamenti delle unità operative di pediatria affidati agli ospedali provinciali
- Definizione di reti regionali (gestione emergenze, cure intensive) con fulcro nelle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona.

Individuazione del fabbisogno e della allocazione dei posti letto di riabilitazione

Vanno definite su scala regionale e l'attribuzione deve tener conto:

- Profili epidemiologici e demografici
- Presenza di strutture specializzate pubbliche e private
- Processi di riconversione dei piccoli ospedali
- Processi di integrazione con la rete riabilitativa territoriale
- Presenza di sperimentazioni gestionali

Mobilità interregionale

Si è evidenziato un aumento della mobilità passiva nell'ultimo quinquennio in particolare per le aree geografiche di confine e per alcune discipline specialistiche quali l'oncoematologia, l'ortopedia, la riabilitazione in particolare cardiologica.

Obiettivi

- Riqualificare le potenzialità erogative nell'ambito delle medie e alte specialità
- Sviluppare i centri di eccellenza
- Opportune azioni mirate a ridurre la mobilità passiva
- Definire una coerente politica tariffaria

Ruolo dell'ospedalità privata accreditata

Gli Ospedali privati accreditati sono chiamati ad essere supporto del sistema condividendone i principi e partecipando alla garanzia dei LEA secondo gli accordi stipulati con le Aziende ULSS di riferimento.

Sono parte del sistema complessivo e complementare all'offerta pubblica e sono soggetti ai percorsi previsti per l'autorizzazione e l'accreditamento, e ad acquisire pareri di conformità alla programmazione regionale per l'utilizzo delle grandi tecnologie (CRITE).

L'erogazione dei volumi di attività è oggetto di specifico accordo con l'Azienda ULSS in conformità con la programmazione stabilita dalla Giunta Regionale.

Definizione della quota di posti letto:

- Coerenza con i livelli gerarchici della rete di offerta definiti nel PSSR
- Adeguatezza al fabbisogno stimato della singola Azienda ULSS
- Coerenza con l'offerta della ospedalità pubblica per evitare doppioni di funzioni
- Integrazione delle reti cliniche sovra-aziendali e regionali
- Dimensione e complessità delle strutture

3.2.4 Le reti cliniche integrate anche con il Territorio

Devono rispondere a due principi cardine:

- Garantire uniforme accessibilità alle migliori cure sanitarie nel luogo adeguato e con ala tempistica adeguata
- Garantire la sicurezza delle prestazioni correlata alla expertise clinica.

La programmazione regionale intende consolidare le reti esistenti:

- **Emergenza - urgenza:** rivedere il ruolo del pronto soccorso e l'organizzazione del SUEM 118, con centrali operative su base provinciale che dovranno fungere da cerniera con il Territorio.
- **Rete trapianti:** l'attuale assetto prevede un Coordinamento regionale con sede presso l'Azienda Ospedaliera di Padova per le dimensioni e la posizione baricentrica, ed un coordinamento locale per i trapianti collocato in ciascuna Azienda Sanitaria
- **Ictus - stroke**
- **Infarto miocardico**
- **Malattie rare:** la rete dei servizi si sviluppa secondo due articolazioni quali la rete dei Centri di eccellenza specifici per macro-gruppi di patologie e le reti multidimensionali
- **Emergenza - urgenza pediatrica**
- **Emergenza - urgenza gastroenterologica**
- **Oncologia:** il modello si riferisce a quanto previsto dal Piano Oncologico nazionale ed è un *network* assistenziale riconducibile alle. Il fulcro della rete oncologica territoriale è lo IOV – IRCCS che ha funzioni di *hub* per il coordinamento, collabora con le Università e con le Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento. Studia e monitorizza le aree del Veneto a più alta incidenza di patologie tumorali. Sviluppa ed implementa la collaborazione e lo scambio di conoscenze con altri centri di ricerca e assistenza.
- **Oncologica pediatrica:** il modello di riferimento è quello di un *network* assistenziale riconducibile alle reti *hub & spoke*. Il Centro di Oncematologia Pediatrica dell'Azienda ospedaliera di Padova è il fulcro della rete oncologica territoriale. Ha funzioni di *hub* per il coordinamento delle attività di alta specializzazione ed eccellenza in stretta sintonia con le Università e con le Aziende Ospedaliere Universitarie di riferimento.

Il Centro di Oncoematologia Pediatrica è:

- il cardine nello sviluppo e nella verifica delle applicazioni di linee guida e di protocolli diagnostico-terapeutici nazionali e internazionali.
- coordina e promuove le attività formative regionali
- accresce la qualità dell'assistenza ai malati oncologici
- sperimenta nuovi modelli organizzativi

- **DIMT**

- **Nutrizione artificiale L. R. 11/1998**

- **Terapia del dolore:** la Regione in conformità a quanto previsto dalla Legge n. 38/2010 attua e consolida il modello della Terapia del Dolore. Attiva strutture di primo livello, come gli ambulatori di terapia del dolore (*spoke*), sia strutture di secondo livello, come i centri di terapia del dolore (*hub*) con funzioni di coordinamento degli *spoke*.

- **Diabete Mellito:** la Regione con la L. R. n. 24/2011 si è dotata di uno strumento normativo che:

- realizza un'assistenza di rete integrata Ospedale-Territorio nell'ambito dell'età adulta e pediatrica
- eroga prestazioni uniformi in tutto il territorio
- previene e diagnostica precocemente la malattia diabetica
- cura la malattia
- prepara e aggiorna il personale sanitario.

- **Alzheimer:** la Regione ha costituito una rete di servizi clinico – assistenziali dedicati alle persone colpite da malattia di Alzheimer o da altri tipi di declino cognitivo e demenza. I Centri di Decadimento Cognitivo costituiscono un elemento chiave della rete assistenziale. Fanno parte di tale sistema le Unità di Valutazione Multidisciplinari Distrettuali, le SAPA con il Centro Regionale di Riferimento per l'Invecchiamento cerebrale (CRIC) affidato all'Azienda Ospedaliera di Padova.

- **Riabilitazione:** il modello tende a far raggiungere alla persona con disabilità le condizioni di massimo livello possibile di "funzionamento" e "partecipazione". La programmazione regionale prevede lo sviluppo di reti riabilitative di tipo orizzontale (intra aziendali) e di tipo verticale (inter aziendali).sulla base della complessità della patologia e dell'intensità di prestazioni erogate. La gestione di questo modello spetta al Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale – Territorio, quale garante della continuità assistenziale e dell'appropriatezza dell'intervento.

La patologia in fase acuta o con riacutizzazione trova risposta in Ospedale con la degenza riabilitativa intensiva ed estensiva.

La programmazione regionale prevede di destinare alle attività riabilitative ospedaliere un numero di posti letto pari allo 0,5 ‰ di abitanti.

La patologia stabilizzata trova risposta nel territorio attraverso:

- Strutture Riabilitative extraospedaliere senza compartecipazione di spesa da parte dell'assistito per riabilitazione intensiva
 - Unità Riabilitative Territoriali con compartecipazione di spesa da parte dell'assistito per riabilitazione estensiva
 - Trattamento ambulatoriale
 - Intervento a domicilio nei casi in cui il paziente è impossibilitato ad accedere ai servizi ambulatoriali.
- **Modello di assistenza integrata al paziente anziano-fragile:** Va sviluppato un modello di assistenza che preveda una stretta integrazione tra le attività di Geriatria Ospedaliera e le attività di assistenza territoriale al fine di migliorare la continuità delle cure e di garantire l'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato (PAI) per il paziente anziano fragile.

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. È necessario avviare una revisione dei ruoli e competenze superando l'attuale frazionamento nell'organizzazione dell'intervento assistenziale.

L'assistenza si articola in:

- Assistenza di base che persegue obiettivi psico-fisici basilari del cittadino –utente
- Assistenza avanzata che persegue obiettivi di sviluppo delle capacità di autocura del paziente con interventi anche invasivi e su soggetti a rischio.

La loro integrazione rappresenta la strategia principale di cambiamento che impone l'analisi dei percorsi socio-assistenziali e dell'organizzazione del lavoro e la ridefinizione delle dotazioni organiche per qualificare l'assistenza superando gli attuali standard.

Lo sviluppo professionale deve prevedere:

- rivisitazione dell'attuale organizzazione del lavoro in rapporto ai nuovi modelli previsti dal PSSR

- l'assunzione dei parametri per la determinazione di un "livello standard di riferimento"
- la definizione di una dotazione organica
- la rivisitazione dei percorsi tra individuazione del fabbisogno e sistema formativo.

Negli atti aziendali dovranno essere previste delle figure dirigenziali delle Professioni Sanitarie, non mediche, atte a coadiuvare il Direttore della Funzione Territoriale ed il Direttore della funzione ospedaliera nell'organizzazione dei servizi e delle attività assistenziali.

La formazione e l'aggiornamento del personale si configura quale leva strategica per concretizzare le linee di cambiamento valorizzando le competenze professionali.

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.

Alla DPS compete:

- 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 sanitarie 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.

Gli atti aziendali delle Aziende Ospedaliere di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dello IOV prevedono un'unica struttura semplice.

4.3.1. La Formazione

Lo sviluppo del SSSR non può prescindere da un governo strategico della formazione di base, specialistica/complementare e formazione continua, rivolta a tutte le professioni sanitarie e socio – sanitarie coinvolte a vario titolo nel processo assistenziale, teso al soddisfacimento dei bisogni del cittadino nell'ambito del sistema salute.

4.4 VERSO UN “CRUSCOTTO DI GOVERNO”

Il governo del SSSR si deve attuare con opportuni sistemi di gestione che ne migliorino il monitoraggio e la capacità di tempestivo intervento in modo da dare piena efficacia alle politiche sanitarie.

Più in dettaglio, la definizione di standard di sistema e di indicatori di governo rappresenta una necessità sia per una programmazione coerente con i profili di bisogno sia per monitorare la congruità dei servizi. Si individuano tre aree di investimento:

- il sistema di controllo interno ed il sistema degli indicatori
- il sistema informativo integrato
- il sistema degli Osservatori.

5. IL SISTEMA DEI FINANZIAMENTI

Il modello veneto, che prevede la forte integrazione tra i servizi sanitari e socio-sanitari, richiede che anche le risorse finanziarie siano gestite in modo integrato.

Il finanziamento delle spese correnti del SSSR è assicurato:

- 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;
- concorso del bilancio regionale per quanto riguarda i maggiori LEA garantiti alla popolazione residente
- contributi vincolati assegnati dalla regione e da altri Enti Pubblici e Privati al fine di promuovere la ricerca sanitaria finalizzata;
- compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria;
- rimborsi delle spese per prestazioni erogate a cittadini stranieri.

Dal punto di vista della distribuzione qualitativa dei costi d'esercizio, i parametri obiettivo sono:

- Assistenza territoriale 51%
- Assistenza ospedaliera 44%
- Attività di prevenzione 5%

Il riparto delle risorse destinate al finanziamento dei LEA può avvenire attraverso due modalità:

1. **finanziamento in base a quota capitaria:** per ciascun LEA finanzia i fabbisogni standard valorizzati in base alla popolazione assistita, opportunamente pesata in ragione dell'età.

2. **finanziamento a funzione:** finanzia costi non direttamente correlabili al bisogno ma al funzionamento di servizi a valenza sovra aziendale o regionale, per i quali il sistema di mobilità tra Aziende non consente la corretta remunerazione dei costi.

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.