

CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

13765

 *Consiglio Regionale del Veneto*
U del 30/05/2016 Prot.: 0013765 Titolario 2.6
CRV CRV spc-UPA

Al Signor Presidente
della QUINTA Commissione Consiliare

Al Signor Presidente
della PRIMA Commissione Consiliare

Al Signor Presidente
della Giunta regionale

e, p.c. Ai Signori Presidenti
delle Commissioni Consiliari

Ai Signori Presidenti
dei Gruppi Consiliari

Al Signor Assessore
delegato per i rapporti tra il
Consiglio e la Giunta regionale

Al Signor Segretario generale
della programmazione

Loro sedi

oggetto: Progetto di legge n. 147
Proposta di legge di iniziativa dei consiglieri Claudio Sinigaglia,
Graziano Azzalin, Pietro Dalla Libera, Franco Ferrari, Stefano
Fracasso, Cristina Guarda, Alessandra Moretti, Bruno Pigozzo,
Piero Ruzzante, Orietta Salemi, Andrea Zanoni e Francesca Zottis
relativa a: "MODIFICHE DELLA LEGGE REGIONALE 29
GIUGNO 2012 N. 23 "NORME IN MATERIA DI
PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA E APPROVAZIONE
DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2016".

Ai sensi dell'articolo 21 dello Statuto e degli articoli 44 e 61 del Regolamento
del Consiglio regionale, trasmetto il progetto di legge indicato in oggetto.

La Quinta Commissione consiliare presenterà la propria relazione al Consiglio
entro i termini previsti dall'articolo 42 del Regolamento.

SERVIZIO ATTIVITÀ
E RAPPORTI
ISTITUZIONALI

Unità atti
istituzionali

San Marco 2322
Palazzo Ferro Fini
30124 Venezia

+39 041 2701233 *tel*
+39 041 2701271 *fax*
uai@consiglioveneto.it
www.consiglioveneto.it

La Prima Commissione consiliare, ai sensi e nei termini dell'articolo 66 del Regolamento esprimerà il parere obbligatorio di sua competenza alla Commissione consiliare referente, trasmettendolo per conoscenza a questa Presidenza.

Ove altre Commissioni dovessero rilevare nel progetto di legge di cui trattasi, aspetti ritenuti afferenti anche alla propria competenza e ritenessero pertanto di esprimere su questi proprio parere, ne formuleranno istanza ai sensi dell'articolo 51 comma 3.

La Commissione referente ha facoltà di acquisire ove ritenuto utile, il parere di altra Commissione per gli aspetti che rientrano nella competenza di questa, ai sensi e nei termini di cui all'articolo 51 comma 2 e comma 4 del Regolamento ed è tenuta ad acquisire il parere obbligatorio della Prima Commissione da esprimersi nelle forme e nei termini di cui all'articolo 66 per le modificazioni apportate, prima del voto finale, al progetto di legge, ove queste ineriscano alla compatibilità dei progetti con il diritto della Unione europea e con gli obblighi da essa derivanti o comunque implicino entrate e spese.

Si invita infine il Presidente della Giunta regionale a trasmettere, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 6 della legge regionale 29 novembre 2001, n. 39, la scheda di analisi economico-finanziaria nei termini previsti nello stesso articolo.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE

(Roberto Ciambetti)




IL SEGRETARIO GENERALE
(dott. Roberto Valente)



CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

DECIMA LEGISLATURA

PROGETTO DI LEGGE N. 147

PROPOSTA DI LEGGE d'iniziativa dei Consiglieri Sinigaglia, Moretti, Azzalin, Dalla Libera, Ferrari, Fracasso, Guarda, Pigozzo, Ruzzante, Salemi, Zanon e Zottis

**MODIFICHE DELLA LEGGE REGIONALE 29 GIUGNO 2012, N. 23
"NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA E
APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-
2016"**

Presentato alla Presidenza del Consiglio il 23 maggio 2016.

**MODIFICHE DELLA LEGGE REGIONALE 29 GIUGNO 2012, N. 23
"NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA E
APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-
2016"**

Relazione:

La presente proposta di legge intende apportare alcune importanti integrazioni e modifiche alla vigente legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

In primo luogo, si propone di ridefinire il bacino di riferimento delle Ulss, adottando come parametro un numero di abitanti compreso tra i 400.000 e 500.000 abitanti, eccezion fatta per la specificità del territorio montano e del polesine.

Ogni Distretto pari o superiore a 200.000 abitanti, nella organizzazione territoriale, dovrà prevedere un'unità operativa complessa (UOC) di Cure Primarie, un'UOC Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Familiari, un'UOC per la Disabilità e la Non autosufficienza, un'UOC per le cure palliative, un'UOC per le attività specialistiche, un'UOC per il sociale con il compito anche di collaboratore con il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali.

I Dipartimenti di prevenzione, di salute mentale e per le dipendenze manterranno la configurazione prevista nelle Aziende Ulss secondo la disciplina della legge regionale n. 56 del 1994.

La rete degli ospedali generali pubblici e privati accreditati della Regione Veneto oltre al modello hub e spoke dovranno essere configurati in base al Decreto ministeriale 70 del 2015, la cui classificazione deve valere per ogni ospedale in riferimento ai requisiti minimi tecnologici, specialistici ed organizzativi caratteristici del livello di appartenenza nella rete ospedaliera e nella rete dell'emergenza urgenza. L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera dovrà essere progressivamente effettuata in rapporto ai bacini di utenza come indicati nello stesso DM 70/2015.

All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale: - rete infarto - rete ictus - rete traumatologica - rete neonatologica e punti nascita - rete medicine specialistiche - rete oncologica - rete pediatrica - rete trapiantologica - rete terapia del dolore - rete malattie rare - rete emergenza urgenza.

La novità di maggiore impatto è senza dubbio l'Agenzia Veneta socio-sanitaria per l'esercizio di funzioni tecniche e amministrative di supporto alle Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS), alle Aziende Ospedaliere, all'Istituto Oncologico Veneto (IOV) e agli altri enti del servizio socio sanitario regionale veneto.

Non meno importanti le misure previste per l'abbattimento delle liste d'attesa: le Ulss e le Aziende Sanitarie, in collaborazione con la Direzione Generale Socio Sanitaria Veneta dovranno adottare un programma straordinario per migliorare significativamente i tempi di attesa, semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte degli specialisti in caso di patologie

croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici; nel caso in cui i tempi d'attesa siano fuori controllo scatterà il blocco della libera professione.

La Regione Veneto attiverà in tutte le Ulss del Veneto il Fascicolo Sanitario Elettronico contenente la storia clinica della popolazione, strumento di prevenzione, di controllo farmaceutico, diagnostico e specialistico, di monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni e dell'idoneità assistenziale, idoneo per la medicina di iniziativa e per la pianificazione assistenziale.

Alcune novità rilevanti riguardano anche le strutture pubbliche di assistenza agli anziani: per le IPAB - centri servizi residenziali - autorizzate e accreditate che gestiscono servizi per anziani autosufficienti e non autosufficienti l'Irap è ridotta di 3 punti percentuali. Inoltre, La quota sanitaria o cosiddetta impegnativa capitaria viene aumentata dello 0,5% se il paziente viene ospitato in una struttura residenziale pubblica o ipab.

Per il triennio 2016/2017/2018 si prevede la sospensione della programmazione sociosanitaria regionale e dei Piani di Zona per la costruzione di nuovi Centri Servizi residenziali per anziani non autosufficienti.

**MODIFICHE DELLA LEGGE REGIONALE 29 GIUGNO 2012, N. 23
"NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA E
APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-
2016"**

**Art. 1 - Modifica dell'articolo 1 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23
"Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del
Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".**

1. Il comma 3 dell'articolo 1 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è così sostituito:

"3. Al fine di assicurare le migliori performance gestionali ed assistenziali, il bacino di riferimento delle Ulss è compreso tra i 400.000 e 500.000 abitanti, fatta salva la specificità del territorio montano e del polesine. Per la modifica del perimetro territoriale delle Ulss è obbligatoria l'acquisizione del parere dei Comuni interessati dai nuovi confini."

Art. 2 - Inserimento dell'articolo 1 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. Dopo l'articolo 1 della legge regionale legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente articolo:

"Art. 1 bis - Agenzia veneta sociosanitaria.

1. Al fine di uniformare e razionalizzare l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, dei servizi socio sanitari e garantire l'integrazione dei servizi socio assistenziali è attivata l'Agenzia Veneta socio-sanitaria per l'esercizio di funzioni tecniche e amministrative di supporto alle Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS), alle Aziende Ospedaliere, all'Istituto Oncologico Veneto (IOV) e agli altri enti del servizio socio sanitario regionale veneto.

2. L'Agenzia Veneta socio-sanitaria è costituita dalle ULSS, dalle Aziende Ospedaliere, dallo IOV mediante la sottoscrizione di un "Accordo quadro".

3. L'Agenzia veneta socio-sanitaria è presieduta dal Comitato dei Direttori Generali formato dai Direttori generali delle ULSS, delle Aziende Ospedaliere, dello IOV e dal il Direttore generale all'area sanità e sociale della Regione del Veneto.

4. L'Agenzia veneta socio - sanitaria ha competenza in materia di: acquisti centralizzati, definizione di costi standard e relativo monitoraggio; gestione delle risorse umane; elaborazione di progetti di logistica integrata; attività di aggregazione inerenti il settore amministrativo e tecnico; attività di aggregazione nell'ambito clinico-assistenziale e nell'ambito di progetti regionali inerenti il settore della Ricerca e del Technology Assessment; progetti regionali inerenti l'omogeneizzazione e lo sviluppo del settore Information and Communications Technology (ICT); autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie; riorganizzazione e coordinamento degli uffici legali di ULSS, Aziende Ospedaliere, IOV ed enti sanitari regionali; sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in tema di distribuzione di beni sanitari e gestione del risk management; progettazione e realizzazione di interventi di tipo culturale-scientifico e di specifiche attività di formazione e informazione nel settore del farmaco e dei dispositivi medici; iniziative di informazione e formazione; gestione del rischio e del contenzioso assicurativo."

Art. 3 - Inserimento dell'articolo 1 ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. Dopo l'articolo 1 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente articolo:

"Art. 1 ter - Riduzione delle liste d'attesa.

1. Le Ulss e le Aziende Sanitarie, in collaborazione con la Direzione Generale Socio Sanitaria Veneta adottano un programma straordinario per ridurre i tempi di attesa, semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte degli specialisti in caso di patologie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici.

2. Le Aziende USL, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere e IRCCS adottano le seguenti azioni:

- a) la ridefinizione degli ambiti territoriali, interaziendali, in cui devono essere assicurati i tempi di attesa;*
- b) l'attivazione dei "percorsi di garanzia" interaziendali o regionali per i casi di particolare criticità o per alcune visite specialistiche, attraverso convenzioni con il privato accreditato;*
- c) l'offerta aggiuntiva di prestazioni in caso di criticità dei tempi di attesa anche attivando nuove assunzioni e con l'acquisto di nuova tecnologia;*
- d) lo sviluppo di protocolli interaziendali per fissare precisi criteri per la prescrizione della giusta prestazione e corretta priorità in relazione al quesito diagnostico;*
- e) la verifica dell'appropriatezza prescrittiva su tutte le prestazioni; in particolare diagnostica pesante (RM e TC);*
- f) la presa in carico clinica da parte dello specialista e prenotazioni in carico alla struttura in caso di accertamenti diagnostici e attivazione di Day Service ambulatoriali in caso di pazienti complessi;*
- g) la costituzione in ogni Ulss di team multidisciplinari per la gestione di tutte le criticità, per controllare le attività e l'attivazione di un continuo monitoraggio delle azioni e dei risultati;*
- h) l'obiettivo di miglioramento dei tempi di attesa è inserito nella programmazione annuale e negli obiettivi di mandato dei Direttori Generali;*
- i) attivazione di progetti innovativi come il CUP On Line, per prenotare l'appuntamento in modalità self service, il ReCall, sistema automatico regionale che contatta l'assistito per ricordare via telefono, sms, APPs, la visita in scadenza*
- l) richiedere conferma e cancellazione, cancellazione on demand, sistema automatico regionale tramite il quale l'assistito comunica (H24) la cancellazione della sua prenotazione via telefono (con operatore virtuale) e via APPs, Pagamento Ticket via smartphone, per evitare all'assistito una ulteriore fila alle casse al momento dell'erogazione della prestazione;*
- m) introduzione del pagamento del ticket per chi non disdice la prenotazione;*
- n) Blocco della libera professione nel caso in cui i tempi d'attesa siano fuori controllo."*

Art. 4 - Modifica dell'articolo 10 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. All'articolo 10 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 sono inseriti i seguenti commi:

"3 bis. La Giunta predispone con cadenza annuale una relazione sulla realizzazione e attivazione dei servizi previsti nelle schede di dotazione territoriale, sulle realizzazioni delle strutture intermedie e sulla realizzazione delle medicine di gruppo integrate.

3 ter. La Giunta ogni tre anni aggiorna la programmazione delle schede territoriali in base ai bisogni del territorio. La commissione competente esprime parere sulla relazione e sulla nuova programmazione."

Art. 5 - Inserimento dell'articolo 16 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. Dopo l'articolo 16 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 16 bis - Interventi per i Centri Servizi per non autosufficienti.

1. Per il triennio 2016/2017/2018 è sospesa la programmazione sociosanitaria regionale e dei Piani di Zona e quindi l'autorizzazione per la costruzione di nuovi Centri Servizi residenziali per anziani non autosufficienti."

Art. 6 - Inserimento dell'articolo 16 ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. Dopo l'articolo 16 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 16 ter - Riduzione Irap alle IPAB.

1. Per le IPAB - centri servizi residenziali - autorizzate e accreditate che gestiscono servizi per anziani autosufficienti e non autosufficienti l'Irap è ridotta di 3 punti percentuali."

Art. 7 - Inserimento dell'articolo 16 quater della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. Dopo l'articolo 16 ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 16 quater - Quota sanitaria.

1. La quota sanitaria o cosiddetta impegnativa capitaria viene aumentata dello 0,5 per cento se il paziente viene ospitato in una struttura residenziale pubblica o IPAB."

Art. 8 - Inserimento dell'articolo 19 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. Dopo l'articolo 19 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 19 bis - La Conferenza dei sindaci.

1. La Conferenza dei Sindaci coincide, anche in seguito a nuova configurazione del perimetro delle Ulss, al territorio delle Ulss così come determinate dalla legge regionale n. 56 del 1994.

2. La conferenza dei Sindaci esprime il parere consultivo sul bilancio di previsione e sul consuntivo della Ulss di appartenenza, trasmette le proprie valutazioni alla Regione ed in particolare alla commissione competente.

3. La Conferenza dei Sindaci approva il Piano di Zona.

4. La Conferenza dei Sindaci esprime il parere consultivo sulle schede di dotazione territoriale, sulla collocazione delle strutture intermedie di cui all'articolo 10 e sulle medicine di gruppo integrate.

5. La Conferenza dei Sindaci collabora con l'Ulss per la realizzazione delle MGI - Medicine di Gruppo Integrate - anche mettendo a disposizione idonee strutture.

6. È abrogato il comma 3 dell'articolo 22 della legge regionale n. 56 del 1994.”.

Art. 9 - Inserimento dell'articolo 19 ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 “Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”.

1. Dopo l'articolo 19 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente

“Art. 19 ter - Il Piano di zona.

1. Il piano di zona dei servizi sociali è lo strumento, di norma triennale, con cui si governa il sistema locale dei servizi e degli interventi sociali e socio sanitari. Il piano di zona viene elaborato dall'esecutivo della conferenza dei Sindaci in collaborazione con il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali e con il direttore del Distretto e poi approvato dalla Conferenza dei sindaci e recepito con visto di congruità dalla Regione.

2. Il piano di zona rappresenta lo strumento mediante il quale la Regione Veneto attua la programmazione dei servizi sociali e sociosanitari nei territori coincidenti con quelli delle Aziende Ulss così come configurate dalla legge regionale n. 56 del 1994.

3. I soggetti titolari del piano di zona sono:

a) i Comuni facenti parte della Conferenza dei Sindaci e ricompresi negli ambiti territoriali del Distretto corrispondente al perimetro delle Ulss così come previste dalla legge regionale n. 56 del 1994.

4. I soggetti che concorrono all'elaborazione e attuazione del Piano di Zona sono:

a) le Province nelle materie sociali ad esse delegate;

b) la Regione che interviene, nell'elaborazione e realizzazione dei piani di zona, attraverso le Aziende ULSS cui competono responsabilità generali di programmazione, coordinamento, vigilanza e controllo sulle materie sanitarie e sociali;

c) altri soggetti pubblici (Amministrazioni periferiche dello Stato: scolastiche, della giustizia, del lavoro, IPAB, Comunità Montane);

d) i soggetti del terzo settore o privato sociale che sono presenti nel territorio e ricoprono un ruolo propositivo nella comunità di riferimento.”.

Art. 10 - Inserimento dell'articolo 19 quater della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. Dopo l'articolo 19 ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 19 quater - Distretti socio sanitari.

1. *I distretti sono di norma configurati secondo il perimetro delle Aziende Ulss così come previste dalla legge regionale n. 56 del 1994 e comunque si possono prevedere più distretti laddove il numero di abitanti sia superiore a 200.000 abitanti.*

2. *Il direttore del distretto:*

- a) persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale;*
- b) È componente del collegio di direzione;*
- c) Coadiuvata il Direttore del Sociale nella stesura e applicazione del Piano di Zona e del Piano Attuativo Locale;*
- d) Presenta una Relazione annuale alla Conferenza dei Sindaci di appartenenza sui bisogni e sull'applicazione delle attività assistenziali del Distretto.*

3. *Ogni Distretto nella organizzazione territoriale, dovrà prevedere un'unità operativa complessa (UOC) di Cure Primarie, un'UOC Infanzia Adolescenza Famiglia e Consulenti Familiari, un'UOC per la Disabilità e la Non autosufficienza, un'UOC per le cure palliative, un'UOC per le attività specialistiche, un'UOC per il sociale con il compito anche di collaboratore con il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali."*

Art. 11 - Inserimento dell'articolo 19 quinquies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. Dopo l'articolo 19 quater della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 19 quinquies - La Rete ospedaliera.

1. *La rete degli ospedali generali pubblici e privati accreditati della Regione Veneto oltre al modello hub e spoke dovranno essere configurati in base al decreto ministeriale n. 70 del 2015.*

2. *Ogni ospedale dovrà avere i requisiti minimi tecnologici, specialistici ed organizzativi caratteristici del livello di appartenenza nella rete ospedaliera e nella rete dell'emergenza urgenza, in base alla classificazione del DM 70/2015.*

3. *L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).*

4. *Le Aziende Sanitarie e le ulss avviano programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete.*

5. *L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera deve essere progressivamente effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di indicati nel DM 70/2015.*

6. *Per le attività ospedaliere è definita l'associazione volumi-esiti così come configurata dal DM n. 70 del 2015; alcune le soglie minime possono essere scelte sulla base di criteri di costo-efficacia, in rapporto con i fabbisogni specifici dell'area montana, lagunare e del polesine.*

7. *La Regione attiva standard organizzativi generali, strutturali e specifici secondo il modello di governo clinico (Clinical Governance), così come previsto dal DM 70/2015, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile, centrato sui bisogni della persona.*

8. *All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale: - rete infarto - rete ictus - rete traumatologica - rete neonatologica e punti nascita - rete medicine specialistiche - rete oncologica - rete pediatrica - rete trapiantologica - rete terapia del dolore - rete malattie rare - rete emergenza urgenza."*

Art. 12 - Inserimento dell'articolo 19 quinquies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. Dopo l'articolo 19 quinquies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art 19 sexies - Fascicolo Elettronico.

1. *La Regione Veneto attiva in tutte le Ulss del Veneto il Fascicolo Sanitario Elettronico contenente la storia clinica della popolazione, strumento di prevenzione, di controllo farmaceutico, diagnostico e specialistico, di monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni e dell'idoneità assistenziale, idoneo per la medicina di iniziativa e per la pianificazione assistenziale.*

2. *La Giunta entro novanta giorni dall'approvazione della presente legge, sentita la commissione competente, approva i decreti attuativi del Fascicolo Sanitario Elettronico."*

Art. 13 - Inserimento dell'articolo 19 septies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. Dopo l'articolo 19 sexies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 19 septies - Configurazione dei Dipartimenti di prevenzione, di salute mentale, per le dipendenze ai sensi della legge regionale n. 56/1994.

1. *Il Dipartimento di prevenzione, il Dipartimento di salute mentale, il Dipartimento per le dipendenze hanno la configurazione delle Aziende Ulss così come previste nella legge regionale n. 56 del 1994."*

Art. 14 - Modifiche all'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

1. L'ultimo capoverso del paragrafo 3. "Gli ambiti della programmazione" dell'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 è così sostituito:

"Anche se l'analisi storica sotto il profilo organizzativo e funzionale porta a confermare che le Aziende ULSS con un bacino di riferimento compreso tra i 200.000 e i 300.000 abitanti presentano migliori performance gestionali ed assistenziali, configurandosi questa come dimensione ottimale a cui tendere, è possibile attivare, in via sperimentale, per il prossimo quinquennio, le Aziende ULSS con un bacino tra i 400.000 e i 500.000 abitanti. Il processo di riorganizzazione delle Ulss ha tendenzialmente l'obiettivo del perimetro provinciale."

2. Gli ultimi due capoversi del paragrafo 3.1 "Assistenza territoriale" dell'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 sono così sostituiti:

"Nei Distretti il Direttore del Distretto assume funzione dipartimentale, unico responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale che:

- *persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale;*
- *è componente del collegio di direzione;*
- *coadiuva il Direttore del Sociale nella stesura e applicazione del Piano di Zona e del Piano Attuativo Locale;*
- *presenta una Relazione annuale alla Conferenza dei Sindaci di appartenenza sui bisogni e sull'applicazione delle attività assistenziali del Distretto.*

Ogni Distretto nella organizzazione territoriale, dovrà prevedere un'unità operativa complessa di Cure primarie, un'unità operativa complessa Infanzia, adolescenza, famiglia e Consultori Familiari, un'unità operativa complessa per la Disabilità e la Non autosufficienza, un'unità operativa complessa per le Cure palliative, un'unità operativa complessa per le Attività specialistiche e un'unità operativa complessa per il sociale con il compito anche di collaborare con il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali."

3. Nel paragrafo 3.1.1 "Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriali" dell'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 dopo l'elenco identificato con la lettera d) sono aggiunte le seguenti parole:

"e) nell'area del sostegno alla genitorialità e alla tutela del minore:

- *la promozione del ruolo dei Consultori familiari, un servizio ad alta integrazione socio-sanitaria, osservatorio privilegiato delle strutture familiari e delle sue problematiche. In base alle linee guida regionali, approvate con DGR. N° 215 del 2010, risponde ai bisogni di diagnosi e cura ginecologica, diagnosi e cura psicologica/sociale e alla prevenzione rivolta all'educazione socio-affettiva e sessuale; in particolare sono chiamati a rispondere alle nuove e complesse domande: l'aumentata richiesta di maternità sia biologica che sociale (adozione, affido), la richiesta da parte di donne straniere di recente immigrazione con culture e valori diversi, i problemi di tutela minorile in relazione a condizioni di trascuratezza, maltrattamento e abuso, i problemi delle coppie in difficoltà o separate e le famiglie monogenitoriali bisognose di supporto alla genitorialità;*
- *l'attivazione di un costante raccordo e integrazione con i MMG, i PLS, i servizi di età evolutiva e NPI, con l'ente locale, con le istituzioni scolastiche,*

con le autorità Giudiziarie per rispondere ai bisogni sempre più complessi della famiglia;

- la creazione di gruppi di lavoro specifici per la mediazione familiare, l'adozione, l'affido, lo spazio adolescenti/giovani, per la protezione e cura del minore, garantendo comunque l'unità progettuale del consultorio familiare;

- garantire il personale per svolgere adeguatamente le funzioni dei commi precedenti;

- delegare la tutela dei minori alle ulss per garantire l'appropriatezza degli interventi.”.

4. Nel paragrafo 3.2.4 “Le reti cliniche integrate anche con il Territorio” dell'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 dopo le parole “Per alcune reti a valenza strategica si ritiene di introdurre alcuni elementi innovativi, a seguito riportati.” l'intero paragrafo denominato “Rete emergenza-urgenza” è sostituito dalle seguenti parole:

“Rete per il trauma

Al fine di ridurre i decessi evitabili è necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di alta specializzazione (CTS). Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata “hub and spoke”, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke). Sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali: Centro Grandi Ustioni, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni.

Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria.

Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. Deve essere dotato dei seguenti standard: - Personale addestrato alla gestione del trauma; - Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie; - Chirurgia generale; - Anestesia e Rianimazione; - Medicina d'urgenza; - Ortopedia; - Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di tele consulenza previste nell'ambito del SIAT - Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale; - due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato.

Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000- 4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere

realizzate aggregazioni che coinvolgono più Regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata. Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche poli distrettuali o che necessitano di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST). Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni). Deve essere dotato dei seguenti standard: - Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici; - T.A.C., angiografia interventistica nelle immediate adiacenze; - Sale operatorie h.24; - Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery Medicina d'Urgenza; - Chirurgia Generale e d'Urgenza; - Anestesia-Rianimazione; - Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica; - Ortopedia; - Neurochirurgia; - Radiologia con possibilità interventistica; - Laboratorio e Centro trasfusionale. Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiocirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, chirurgia toracica, chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.

Rete emergenza-urgenza

Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le centrali Operative 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.

Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso.

La CO effettua la valutazione del grado di complessità dell'intervento necessario, definendo il grado di criticità dell'evento e, conseguentemente, attiva l'intervento più idoneo, utilizzando i codici colore gravità. Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, le automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e medico, le ambulanze di base con personale soccorritore certificato), in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario. Tra i mezzi di soccorso l'eliambulanza, che rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo delle altre forme di soccorso, deve essere usata in quelle situazioni tempo-dipendenti o legate a particolari condizioni assistenziali o a realtà territoriali disagiate (isole, zone montane).

La Regione stabilisce quali Centrali operative mantengono funzioni operative sovrazonali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie, considerando la organizzazione comune con regioni viciniori per funzioni a basso volume di attività. La configurazione dei dati raccolti deve necessariamente adeguarsi al percorso ministeriale EMUR, che permette anche la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Rete territoriale di soccorso.

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo, in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.”.

INDICE

Art. 1 - Modifica dell'articolo 1 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	3
Art. 2 - Inserimento dell'articolo 1 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	3
Art. 3 - Inserimento dell'articolo 1 ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	4
Art. 4 - Modifica dell'articolo 10 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	5
Art. 5 - Inserimento dell'articolo 16 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	5
Art. 6 - Inserimento dell'articolo 16 ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	5
Art. 7 - Inserimento dell'articolo 16 quater della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	5
Art. 8 - Inserimento dell'articolo 19 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	5
Art. 9 - Inserimento dell'articolo 19 ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	6
Art. 10 - Inserimento dell'articolo 19 quater della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	7
Art. 11 - Inserimento dell'articolo 19 quinquies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	7
Art. 12 - Inserimento dell'articolo 19 quinquies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".	8
Art. 13 - Inserimento dell'articolo 19 septies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione	

sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016”	8
Art. 14 - Modifiche all'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016”.....	9

PARTE NOTIZIALE
(aggiornata alla data di presentazione del progetto)

Nota all'articolo 1

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 (BUR n. 53/2012)

**NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIO-SANITARIA E
APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2016
(1)**

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

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

omissis (2)

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

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

4. Viene individuata la figura del direttore generale alla sanità e al sociale,(3) nominato dalla Giunta regionale (4), 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 (5) 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.

(1) La legge è stata impugnata dal Governo innanzi alla Corte Costituzionale con ricorso n. 119/2012 (G.U. 1^a serie speciale n. 42/2012), con il quale è stata sollevata questione di legittimità costituzionale degli articoli 1, comma 4, 9, comma 1 e 10, comma 1, per violazione degli articoli 97, 121 e 123 della Costituzione e degli articoli 46 e 58 dello Statuto della Regione Veneto. Secondo

il ricorrente, le disposizioni impugnate alteravano gli equilibri e violavano il riparto di competenze tra Giunta e Consiglio regionale così come definite dalle norme costituzionali e statutarie sopra citate. Con ordinanza n.253/2013 (G.U. 1^a serie speciale n. 44/2013) la Corte ha dichiarato estinto il processo a seguito della rinuncia da parte del Presidente del Consiglio dei ministri al ricorso, e della relativa accettazione da parte della Regione del Veneto, in considerazione delle modifiche introdotte dalla legge della Regione Veneto 3 dicembre 2012, n. 46 (Modifiche di disposizioni regionali in materia di programmazione ed organizzazione socio-sanitaria e di tutela della salute) di ciascuna delle norme censurate; in particolare l'articolo 1 della predetta legge ha previsto che il direttore generale alla sanità e al sociale sia nominato dalla Giunta regionale su proposta del Presidente della Giunta, mentre con riferimento alle schede di dotazione ospedaliera e territoriale l'articolo 2 ha sostituito la previsione del parere obbligatorio e vincolante della competente commissione consiliare con il solo parere obbligatorio di quest'ultima.

(2) Testo riportato dopo il comma 1 dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 .

(3) Il comma 5 dell'articolo 31 della legge regionale 31 dicembre 2012, n. 54 prevede che "il Direttore Generale della Sanità e del Sociale è equiparato al Direttore di Area".

(4) Comma così modificato da articolo 1 legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 che ha sostituito le parole "dal Consiglio regionale" con le parole "dalla Giunta regionale".

(5) Vedi l'articolo 10 della legge regionale 19 marzo 2013, n. 2 in materia di durata del contratto del direttore generale alla sanità e al sociale e l'articolo 11 della medesima legge regionale che detta disposizioni transitorie in materia di rinegoziazione di tale contratto

Nota all'articolo 2

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 (BUR n. 53/2012)

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

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

Vedi nota all'articolo 1

Nota all'articolo 4

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 (BUR n. 53/2012)

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

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 (1) 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.

(1) Comma così modificato da comma 5 articolo 2 legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 che ha soppresso dopo le parole "obbligatorio" le parole "e vincolante entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento, decorsi i quali si prescinde dal parere stesso".

Nota all'articolo 5

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 (BUR n. 53/2012)

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

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

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

Nota all'articolo 8

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 (BUR n. 53/2012)

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

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:
omissis (1)

(1) Testo riportato all'articolo 2 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 .

Legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 (BUR n. 77/1994)

NORME E PRINCIPI PER IL RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE IN ATTUAZIONE DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 "RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA", COSI' COME MODIFICATO DAL DECRETO LEGISLATIVO 7 DICEMBRE 1993, N. 517. (1) (2)

Art. 22- Distretto socio-sanitario. (3)

1. Il distretto è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Unità locale socio-sanitaria assicura una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione.

2. Il distretto è centro di riferimento dei cittadini per tutti i servizi dell'Unità locale socio-sanitaria, nonché polo unificante dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali a livello territoriale.

3. Il direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria, sentiti il sindaco, o la conferenza dei sindaci e d'intesa con la Giunta regionale, articola il territorio della propria azienda in distretti, sulla base, di norma, dei seguenti criteri:

a) corrispondenza dell'area distrettuale a una popolazione di almeno cinquantamila abitanti;

b) coincidenza dell'area distrettuale con quella complessiva di una o più circoscrizioni comunali, o uno o più comuni.

4. E' consentito derogare, con espressa motivazione, al numero minimo degli abitanti previsti nel distretto intercomunale per particolari situazioni identificabili con zone montane, rurali o insulari con particolare dispersione della popolazione sul territorio.

5. Il distretto, attraverso anche i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta, garantisce la continuità dell'assistenza, indipendentemente dalle diverse sedi di trattamento. Il distretto orienta, in particolare, il ricorso all'assistenza ospedaliera, specialistica, protesica e termale, fungendo da centro di indirizzo per le relative prestazioni erogate dalle proprie unità operative e dalle Aziende ospedaliere nonché dagli istituti ed enti di cui all'articolo 2 comma 2 sulla base di criteri di integrazione con il servizio pubblico.

6. Al responsabile di distretto spetta la gestione del budget, nonché la direzione degli operatori assegnatigli dal direttore generale ed il coordinamento delle prestazioni in convenzione, ai fini del raggiungimento dei prefissati obiettivi qualitativi e quantitativi con particolare riferimento alle attività individuate dal piano socio-sanitario regionale.

7. Al distretto è preposto un responsabile, nominato dal direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria con provvedimento motivato, su proposta del direttore sanitario, del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale (4) e del direttore amministrativo. Il responsabile di distretto è preferibilmente un dirigente sanitario; può anche essere un dirigente del ruolo amministrativo o sociale scelto fra il personale avente qualifica dirigenziale.

8. Al fine di valorizzare, unificare e coordinare la risposta ai bisogni sanitari della popolazione sul territorio nonché per la migliore integrazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali è istituito il coordinamento dei responsabili dei distretti che formula sul punto le sue proposte al direttore generale oltre che al direttore sanitario ed al direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale. (5)

(1) Gli articoli del capo II del Titolo IV della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 dettano nuove disposizioni in materia di tutela della salute, servizi sociali e integrazione socio sanitaria, in particolare l'art. 113 ha istituito: "1. la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria che, nello svolgimento delle attività, si raccorda con la Conferenza permanente Regione-Autonomie locali, prevista dall'articolo 9 della legge regionale 3 giugno 1997, n. 20 .

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

- a) sulla proposta di piano socio sanitario regionale;
- b) sulle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio sanitaria;
- c) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis comma 7 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ULSS;
- d) sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale;
- e) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ospedaliere.

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

- a) gli standard qualitativi delle prestazioni sociali e sanitarie;
- b) i servizi essenziali da garantire alle persone;
- c) la pari opportunità di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza per tutte le persone residenti nel suo territorio;
- d) la definizione, per territori alpini o disagiati, di parametri speciali necessari a compensare condizioni di disagio oggettive;
- e) la determinazione delle risorse da impegnare per garantire quanto stabilito nella programmazione;
- f) la periodica azione di monitoraggio e di controllo sul raggiungimento degli obiettivi programmati.

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

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

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

a) i presidenti delle Conferenze dei sindaci;

b) tre rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) sezione regionale;

c) un rappresentante dell'Unione regionale delle province del Veneto (URPV);

d) un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani (UNCHEM).

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

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

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

10. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria si insedia entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge e, organizza i propri lavori nel rispetto delle finalità e dei compiti previsti dal presente articolo." e gli articoli 122 e 123 hanno delegato ai comuni ed alle ULSS funzioni amministrative.

(2) Con ricorso n. 13/2013 (G.U. 1ª serie speciale n. 9/2013) è stata impugnata dal Governo innanzi alla Corte costituzionale la legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 "Modifiche di disposizioni regionali in materia di programmazione ed organizzazione socio-sanitaria e di tutela della salute" con riferimento all'articolo 7, il quale modifica il comma 8 ter dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56. Secondo il Governo, la disposizione censurata, nella misura in cui disponeva che l'incarico di direttore generale ha durata pari a quella della legislatura regionale e che il relativo mandato sarebbe scaduto decorsi 180 giorni dall'insediamento della nuova legislatura, appariva in contrasto sia con l'articolo 3-bis, comma 8, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante principi fondamentali in materia di tutela della salute, il quale stabilisce che l'incarico di direttore generale ha durata non inferiore a tre e non superiore a cinque anni, che con il principio di imparzialità e buon andamento della pubblica amministrazione di cui all'articolo 97 della Costituzione. Con ordinanza

n.240/2013 (G.U. 1^a serie speciale n. 42/2013) la Corte ha dichiarato estinto il processo a seguito della rinuncia da parte del Presidente del Consiglio dei ministri al ricorso, e della relativa accettazione da parte della Regione del Veneto, in considerazione delle modifiche introdotte dalla legge della Regione Veneto 19 marzo 2013, n. 2 , ed in particolare dall'articolo 10 che ha abrogato la disposizione censurata ed ha disposto, in riferimento ai contratti nel settore socio-sanitario, la durata massima pari a sessanta mesi in conformità a quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni.

(3) Art. 120 comma 1 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 istituisce in ogni distretto socio-sanitario di cui al presente articolo il Comitato dei sindaci di distretto, composto dai sindaci dei comuni il cui territorio rientra nell'area del distretto sociosanitario che svolge le funzioni previste dal medesimo articolo 120..

(4) Il comma 2 art. 5 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 ha previsto la sostituzione dell'espressione "direttore dei servizi sociali" con l'espressione "direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale" in tutta la legislazione regionale.

(5) Il comma 2 art. 5 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 ha previsto la sostituzione dell'espressione "direttore dei servizi sociali" con l'espressione "direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale" in tutta la legislazione regionale.

Nota all'articolo 11

Decreto 2 aprile 105, n. 70

REGOLAMENTO RECANTE DEFINIZIONE DEGLI STANDARD QUALITATIVI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI E QUANTITATIVI RELATIVI ALL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

Nota all'articolo 14

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 (BUR n. 53/2012)

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

ALLEGATO A

3. GLI AMBITI DELLA PROGRAMMAZIONE

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

- il fare rete nell'accezione collaborativa tra professionisti, ma anche tra soggetti diversi;
- il mettere in rete il sistema sotto il profilo tecnologico, potenziando le strumentazioni informatiche e telematiche;

- l'organizzare in rete ossia l'individuazione di modelli che mettano in relazione funzionale strutture di gestione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni.

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

- il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, implementando modelli organizzativi a rete fondati su team multiprofessionali, qualificando le forme associative della Medicina Convenzionata, ridefinendo una filiera per l'assistenza extraospedaliera con particolare riferimento all'assistenza in strutture di ricovero intermedie;

- il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta).

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

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

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

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

- la coerenza degli obiettivi di salute perseguiti con gli indirizzi enucleati nel Patto per la Salute 2010-2012;

- la coerenza attuativa con il quadro organizzativo e le risorse disponibili, responsabilizzando tutti i livelli all'uso appropriato delle stesse;

- la capacità di concorrere al perseguimento della qualità dei servizi anche attivando un sistema dei controlli, sugli esiti e sulla performance, e di gestione dei rischi e della sicurezza.

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

3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

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

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

Più nel dettaglio il Distretto socio-sanitario:

- è il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda ULSS, polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali, sede di gestione e coordinamento operativo ed organizzativo dei servizi territoriali;

- assicura l'erogazione dell'assistenza territoriale (nell'accezione di primary care) attraverso un elevato livello di integrazione tra i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, al fine di garantire una risposta coordinata e continuativa ai bisogni socio-sanitari della comunità;

- è l'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda ULSS che meglio consente di governare i processi assistenziali alla persona, assicurando anche una integrazione fra istituzioni, gestendo unitariamente diverse fonti di risorse derivanti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e dal SSSR, dai Comuni, dalla solidarietà sociale.

Rientrano nel livello di assistenza territoriale:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);

- assistenza farmaceutica;

- assistenza specialistica territoriale;

- assistenza protesica;

- assistenza infermieristica;

- assistenza sociale;

- assistenza consultoriale per la tutela dell'infanzia e della famiglia;

- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale;

- cure domiciliari;

- cure palliative;

- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;

- assistenza residenziale e semiresidenziale in area disabilità, dipendenze, salute mentale ed età evolutiva;

- riabilitazione;

- assistenza scolastica e inserimento lavorativo dei disabili;

- assistenza alle dipendenze patologiche;

- assistenza psichiatrica;

- assistenza penitenziaria.

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

- analisi e valutazione dei bisogni di salute;

- gestione diretta di servizi ed interventi che rientrano nel livello di assistenza territoriale, avvalendosi di operatori e di unità operative proprie, oppure attraverso rapporti convenzionali con operatori od organizzazioni esterne;

- realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria a livello istituzionale, gestionale ed operativo;

- governo dei consumi di prestazioni indirette (farmaceutiche, specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere, protesica) attraverso l'attività di orientamento del

cittadino e, soprattutto, la piena integrazione nell'organizzazione distrettuale della Medicina Convenzionata.

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

- l'adozione di un metodo di lavoro interdisciplinare, attraverso l'integrazione delle competenze dei vari servizi aziendali, garantendo la compresenza dei tre ambiti di intervento ossia sanitario, socio-sanitario integrato e socio-assistenziale;
- la flessibilità nell'organizzazione delle risposte assistenziali, attuando il concetto di "filiera della presa in carico di area" nella prospettiva dello sviluppo e dell'integrazione del Progetto Assistenziale Individualizzato a garanzia dei soggetti fragili;
- la valorizzazione dei medici e pediatri di famiglia quali riferimenti diretti per le persone e le famiglie, con funzioni specifiche di educazione e promozione della salute, di valutazione dei bisogni, di regolamentazione e razionalizzazione dell'accesso al SSN, ed a cui spetta un ruolo centrale nel governo dei bisogni assistenziali;
- la piena integrazione dello specialista ambulatoriale interno nei PDTA con il coinvolgimento attivo nell'erogazione appropriata dei livelli di assistenza;
- la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di nursing nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di case manager della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia;
- la valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e sociali che operano nella rete dei servizi territoriali, quali portatrici di competenze specifiche per una corretta lettura e presa in carico del bisogno nella sua globalità;
- l'orientamento delle attività per programmi definiti d'intesa con i Comuni e formalizzati nel Piano di Zona, che rappresenta lo strumento di collaborazione e di programmazione tra Aziende ULSS, Amministrazioni Locali, strutture residenziali (Centri di Servizio), associazioni di volontariato, cooperazione sociale ed altri attori locali.

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

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

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

Ciascuna Azienda ULSS dovrà prevedere, nella propria organizzazione territoriale, un'unità operativa complessa di Cure primarie, un'unità operativa Infanzia, adolescenza e famiglia, un'unità operativa semplice per la Disabilità, un'unità operativa per le Cure palliative e un'unità operativa per le Attività

specialistiche. Le cinque Unità si collocheranno in maniera trasversale rispetto a tutti i Distretti in cui è articolato il territorio aziendale.

3.1.1 *Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale*

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

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

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

- generalista, in quanto include la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la diagnosi, la cura e la riabilitazione;
- olistica, perché interessata alla persona nel contesto della famiglia e della comunità;
- continua, poiché usa tipicamente strategie di presa in carico e di controllo nel tempo dei problemi di salute.

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

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

- a) nell'area della prevenzione e promozione della salute:
- la promozione della salute e l'educazione a stili di vita sani con particolare riferimento all'alimentazione, all'attività motoria, alle problematiche legate all'alcolismo ed alle altre dipendenze patologiche, attivando e coinvolgendo le risorse della comunità nella elaborazione e nella realizzazione di progetti secondo un approccio intersettoriale;
 - il consolidamento delle attività di screening di riconosciuta efficacia nei confronti delle patologie neoplastiche (colon, cervice uterina, mammella);
 - il sostegno operativo all'adozione di misure efficaci di profilassi delle malattie contagiose;
 - la prevenzione primaria e secondaria delle malattie cardio-cerebrovascolari, oncologiche, respiratorie, metaboliche, traumatologiche in ambiente domestico e stradale;
- b) nell'area dell'assistenza materno-infantile e dell'età adolescenziale:
- l'attenzione ai problemi dello sviluppo del bambino, anche con riferimento al sostegno alla genitorialità e neogenitorialità;
 - l'attuazione di interventi per favorire la relazione genitoriale precoce e l'allattamento al seno, anche attivando azioni di sostegno domiciliare durante il puerperio (es. offerta attiva, nelle famiglie con nuovi nati, di visite domiciliari da effettuarsi nel corso del primo mese di vita con modalità di ascolto, contenimento e supporto per la nuova madre), valorizzando anche la professione dell'ostetrica;
 - la promozione della salute e l'educazione a stili di vita sani, con particolare riferimento alla prevenzione di tabagismo e alcolismo;

- la presa in carico ed il monitoraggio dei bambini affetti da patologie croniche, con particolare attenzione alla prevenzione del diabete e delle patologie cardiovascolari;

- l'utilizzo appropriato degli antibiotici e di altre terapie farmacologiche;

- la presa in carico precoce delle disabilità;

- l'individuazione di percorsi di presa in carico di minori e adolescenti con problemi neurologici e psicopatologici; - l'individuazione precoce e la presa in carico di situazioni di minori ed adolescenti che necessitano di protezione e tutela in forma integrata tra i vari servizi.

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

- l'implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO;

- l'assunzione di responsabilità e l'educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia;

- l'individuazione precoce delle malattie respiratorie (in particolare BPCO e asma), anche attraverso l'utilizzo di test di funzionalità respiratorie, nonché lo sviluppo dell'autogestione della malattia respiratoria;

- il consolidamento delle cure palliative, anche con strutturazione dell'attività ambulatoriale ad integrazione e supporto delle cure domiciliari e dell'ospedalizzazione;

- l'individuazione del corretto setting assistenziale e dell'appropriato approccio terapeutico nella gestione dei pazienti affetti da patologie reumatiche, anche alla luce dell'introduzione dei nuovi farmaci ad alto costo in grado di modificarne il decorso;

- lo sviluppo dei team della medicina e pediatria di famiglia, sviluppando il ruolo dell'infermiere e del personale di studio, e con gli specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri ed altri operatori del sistema;

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

- la diffusione e il consolidamento dei percorsi di ammissioni e di dimissioni protette, supportati da protocolli condivisi tra Ospedale e Territorio;

- il potenziamento dei servizi domiciliari (sanitari e socio-assistenziali) e la loro integrazione con le unità di offerta delle strutture residenziali (Centri di Servizio) e semiresidenziali (Centri Diurni) pubblici o privati;

- lo sviluppo dell'assistenza intermedia temporanea.

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

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

3.2.4 *Le reti cliniche integrate anche con il Territorio*

Le reti cliniche integrate devono rispondere a due principi cardine:

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

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

In particolare per quanto attiene all'attività dei dipartimenti trasfusionali, la strategia regionale confermata negli anni è di un forte impegno nella raccolta pubblica integrata con l'attività delle associazioni di volontariato. L'architettura organizzativa attuale va quindi confermata.

Si ritengono, invece, da sviluppare ulteriori reti:

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

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

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

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

Rete emergenza-urgenza

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

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

Rappresentano, quindi, azioni prioritarie:

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

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

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

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

Rete clinica dei trapianti (1)

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

collocato in ciascuna Azienda Sanitaria (Azienda ULSS o Ospedaliera), funzionalmente raggruppati su base provinciale.

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

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

Rappresentano, quindi, obiettivi della programmazione regionale:

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

Rete di riabilitazione

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

Per raggiungere questo obiettivo è necessario l'uso corretto delle risorse a disposizione e pertanto la programmazione regionale prevede lo sviluppo ed il

consolidamento di reti riabilitative di tipo orizzontale (intra-aziendali) e di tipo verticale (inter-aziendali) sulla base della complessità della patologia e dell'intensità di prestazioni erogate.

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

La gestione di questo modello spetta al Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, quale garante della continuità assistenziale e dell'appropriatezza dell'intervento, ma anche della messa in rete di tutte le strutture pubbliche e private, sviluppando una collaborazione su base provinciale. Il collegamento tra le diverse strutture dovrà altresì realizzarsi anche dal punto di vista informatico attraverso l'implementazione di una cartella unica informatizzata.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rete delle malattie rare

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

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

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

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

Rete oncologica

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

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

Rete Oncologica pediatrica (su modello della rete oncologica regionale)

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

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

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

Pertanto il centro di Oncoematologia pediatrica:

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

Rete della terapia del dolore

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

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

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

- effettuare la diagnosi del tipo di dolore secondo precisi PDTA condivisi con le altre specialità ed elaborare linee guida a valenza regionale per omogeneizzare l'approccio clinico-assistenziale al paziente con dolore;
- offrire un panel di attività interventistiche di alto livello per la terapia del dolore (neuromodulazione);
- ottimizzare le risorse economiche concentrando quelle esistenti per sviluppare strutture organizzative con funzioni medico-chirurgiche multidisciplinari;
- consolidare e coordinare una valutazione sistematica di appropriatezza clinica e scientifica delle attività interventistiche nell'ambito della terapia del dolore;
- mantenere un aggiornamento sulle terapie e sulle tecniche invasive secondo criteri di Evidence Based Medicine (EBM) e di collaborazione con altri centri nazionali ed esteri;
- implementare un percorso di ricerca scientifica, di formazione e di aggiornamento sul dolore;
- coordinare e dare indirizzi sull'attività della rete territoriale degli spoke;
- monitorare la patologia dolorosa cronica non oncologica istituendo il registro regionale del dolore.

Rete del diabete mellito

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

- realizzare un'assistenza in rete integrata Ospedale-Territorio della patologia diabetica nell'ambito dell'età adulta e pediatrica;

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

Rete dell'Alzheimer

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

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

La rete Alzheimer regionale individua come attività di indirizzo:

- l'adozione di sistemi omogenei di raccolta dati (cartella clinica informatizzata regionale) indispensabile per la costruzione di un registro regionale;
- la definizione di percorsi clinico assistenziali condivisi e specifici per le diverse forme di patologia degenerativa, in grado di ridurre la disomogeneità di accesso alle cure e di razionalizzare l'uso delle risorse;
- la sperimentazione di forme assistenziali territoriali in grado di assicurare la continuità dell'assistenza dalla diagnosi fino alle fasi di maggiore gravità di malattia, garantendo un adeguato supporto ai pazienti e alle famiglie.

Al CRIC competono:

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

Modello di assistenza integrata al paziente anziano-fragile

Al fine di garantire una migliore assistenza all'anziano fragile, attraverso interventi di prevenzione e di continuità delle cure, dall'Ospedale al Territorio, si ritiene necessario sviluppare un modello di assistenza che preveda una stretta integrazione tra le attività di geriatria ospedaliera e le attività di assistenza

territoriale. Il modello intende sviluppare l'integrazione professionale tra le diverse discipline con un ruolo di indirizzo del geriatra, valorizzando la cultura gerontologica e le conoscenze fin qui acquisite, sia in ambito ospedaliero che per l'integrazione Ospedale-Territorio, al fine di migliorare la continuità delle cure e di garantire l'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato per il paziente anziano-fragile.

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

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

(1) Vedi in materia la sopravvenuta legge regionale 8 marzo 2016, n. 9 recante "Promozione della comunicazione e formazione degli operatori in materia di donazione di organi e tessuti" che, tra l'altro, all'articolo 4 prevede che la regione collabora con i Comuni e contribuisce per le operazioni necessarie affinché i sistemi informativi comunali interagiscano con il Sistema Informativo Trapianti.