



# **CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO**

OTTAVA LEGISLATURA

---

## **PROGETTO DI LEGGE N. 235**

---

DISEGNO DI LEGGE di iniziativa della Giunta regionale  
(DGR 6/DDL del 24 aprile 2007)

### **PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER IL TRIENNIO 2007-2009**

Presentato alla Presidenza del Consiglio il 2 maggio 2007.  
Trasmesso alle Commissioni consiliari Prima e **QUINTA** e ai Consiglieri regionali il 9 maggio 2007.

## **PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER IL TRIENNIO 2007-2009**

### *Relazione:*

*A distanza di undici anni dall'adozione del Piano socio-sanitario regionale con legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, si ravvisa la necessità di rivedere i contenuti della programmazione regionale in materia, per un duplice ordine di motivi: ridefinire alcune priorità del vigente Piano, non gli obiettivi di fondo, completandone il processo di attuazione, ed operare un coordinamento con il Piano sanitario nazionale 2006-2008, adottato con DPR 7 aprile 2006 e con il vigente Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali.*

*Rilevanti e significativi elementi di contesto sono stati introdotti nel frattempo: con legge regionale 13 aprile 2001, n. 11, in sede di attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, si era provveduto ad innovare il quadro istituzionale del Servizio socio-sanitario regionale con l'istituzione della "Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria"; con il riadeguamento dei compiti della Conferenza dei Sindaci a livello di Aziende ULSS e con la costituzione, a livello distrettuale, dei Comitati dei Sindaci di distretto.*

*In seguito è intervenuta la modifica al Titolo V della Costituzione ad opera della legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, che ha ulteriormente potenziato il ruolo centrale della Regione.*

*La nuova ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni, capovolgendo il criterio precedente di residualità, attribuisce nella materia della tutela della salute la competenza legislativa alle Regioni, mentre allo Stato spetta la determinazione dei principi fondamentali, per cui il limite delle materie non risulta più applicabile, com'era nel quadro normativo precedente, alla potestà legislativa regionale, bensì a quella statale. Per contro la materia dei servizi sociali appartiene, ora, alla potestà legislativa esclusiva delle Regioni con il solo limite del rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, la cui determinazione spetta al legislatore statale.*

*L'Accordo tra Governo e Regioni, sancito l'8 agosto 2001 in materia di spesa sanitaria, ha rivalutato il fabbisogno complessivo delle disponibilità finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale e conseguentemente il fondo sanitario regionale; il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 come successivamente modificato ed integrato, ha definito i livelli essenziali di assistenza; infine, con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono state definite misure a garanzia dell'equilibrio economico-finanziario del SSN, per la razionalizzazione della rete ospedaliera e per l'attuazione degli interventi previsti dal Piano nazionale della prevenzione e dal Piano nazionale per l'aggiornamento del personale sanitario.*

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

*Infine, la legge 8 novembre 2000, n. 328 recante: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", all'articolo 18, comma 6 prevede che le Regioni adottino il Piano regionale degli interventi e dei*

*servizi sociali, provvedendo in particolare all'integrazione socio-sanitaria, in coerenza con gli obiettivi del Piano sanitario regionale, nonché al coordinamento con le politiche dell'istruzione, della formazione professionale e del lavoro.*

*Anche lo scenario sociale, economico, epidemiologico, scientifico e tecnologico è mutato profondamente in questi ultimi anni.*

*La domanda sempre più estesa di "salute" e di prestazioni sanitarie di qualità da parte dei cittadini, unitamente al mutato quadro demografico, caratterizzato da aumento delle nascite ed allungamento della vita, mettono alla prova finanze pubbliche dotate di risorse limitate.*

*Il progresso scientifico e tecnologico, l'introduzione di nuove tecniche di cura e l'evoluzione di quelle esistenti, con i conseguenti cambiamenti organizzativi, stanno rivoluzionando il mondo delle scienze mediche.*

*In questo contesto appare, perciò, ineludibile un'opera di adeguamento del sistema socio-sanitario veneto a partire dal livello programmatico.*

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

*Nella fase preparatoria del Piano si sono tenuti incontri con le Unità locali socio-sanitarie e le Aziende ospedaliere, gli organismi rappresentativi dei Comuni, delle Comunità montane, delle Province, le Università, le organizzazioni maggiormente rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, le sezioni provinciali della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, gli organismi di volontariato, il privato sociale e le associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, per illustrare le linee programmatiche in materia di sanità al fine di acquisire contributi utili alla stesura del Piano in una prima fase e, successivamente, illustrarne la proposta. In particolare, si sono riuniti la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria e il Tavolo di concertazione.*

*Il presente disegno di legge denominato "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2007-2009" si compone di un unico articolo e di un allegato.*

*Il primo comma dell'articolo dispone che il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2007-2009, allegato al disegno di legge di cui costituisce parte integrante, è approvato in attuazione dell'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, nel rispetto dei principi fondamentali contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni nonché in coerenza con i vigenti Piano Sanitario Nazionale e Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali e definisce gli obiettivi e le strategie della programmazione sociosanitaria regionale per il triennio 2007-2009.*

*Il comma 2 prevede che, per le finalità di cui al comma 1, il Piano individua le aree e le azioni prioritarie d'intervento, definisce obiettivi, individua criteri per l'organizzazione e lo svolgimento delle attività sanitarie e sociali, individuando, altresì, le modalità della loro integrazione e precisando anche i rapporti con gli enti locali, le famiglie e tutti i soggetti pubblici e privati presenti nella comunità locale, in attuazione del principio di sussidiarietà. Il comma prevede, inoltre, che la Regione assicuri le risorse necessarie a garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 del D.Lgs.*

*30 dicembre 1992, n. 502 e all'articolo 22, commi 2 e 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328.*

*Il comma 3 stabilisce, infine, che il Piano socio sanitario regionale ha durata e validità per il triennio 2007-2009 e che, fino all'approvazione del successivo Piano socio sanitario regionale, mantengono piena validità le disposizioni del Piano stesso.*



## **PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER IL TRIENNIO 2007-2009**

### **Art. 1 - Piano socio-sanitario regionale 2007-2009.**

1. In attuazione dell'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 e nel rispetto dei principi fondamentali contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, in coerenza con i vigenti Piano sanitario nazionale e Piano nazionale degli interventi e dei servizi sociali, è approvato il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 2007-2009, che, allegato alla presente legge, ne costituisce parte integrante e definisce gli obiettivi e le strategie della programmazione sociosanitaria regionale per il triennio 2007-2009.

2. Per le finalità di cui al comma 1, il Piano individua le aree e le azioni prioritarie d'intervento, definisce obiettivi, individua criteri per l'organizzazione e lo svolgimento delle attività sanitarie e sociali, individuando, altresì, le modalità della loro integrazione e precisando anche i rapporti con gli enti locali, le famiglie e tutti i soggetti pubblici e privati presenti nella comunità locale, in attuazione del principio di sussidiarietà. La Regione assicura le necessarie risorse per garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e all'articolo 22, commi 2 e 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328.

3. Il Piano socio-sanitario regionale ha durata e validità per il triennio 2007-2009. Fino all'approvazione del successivo Piano socio-sanitario regionale mantengono piena validità le disposizioni del Piano stesso.



## **INDICE**

Art. 1 - Piano socio-sanitario regionale 2007-2009.....	5
---	---





# **CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO**

**OTTAVA LEGISLATURA**

*ALLEGATO AL PROGETTO DI LEGGE N. 235 RELATIVO A:*

**PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER IL TRIENNIO 2007-2009**

---

# Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009

## INDICE

<b>1</b>	<b>IL CONTESTO (OPPORTUNITÀ E VINCOLI)</b>	<b>5</b>
1.1	QUADRO ISTITUZIONALE E NORMATIVO	5
1.2	VINCOLI ECONOMICI E FINANZIARI	6
1.3	BISOGNI DI SALUTE	8
1.3.1	<i>Condizioni di salute</i>	8
1.3.2	<i>Mortalità per sesso ed età</i>	9
1.3.3	<i>Mortalità precoce</i>	9
1.3.4	<i>Evoluzione temporale della mortalità</i>	10
1.3.5	<i>Bisogni di salute in area materno infantile</i>	11
1.3.6	<i>Principali sfide da affrontare</i>	11
1.3.7	<i>Determinanti dello stato di salute</i>	12
1.4	MODELLO VENETO	13
<b>2</b>	<b>PRINCIPI E OBIETTIVI STRATEGICI DEL SSSR</b>	<b>14</b>
2.1	PRINCIPI DEL SSSR	14
2.2	ORIENTAMENTI STRATEGICI DEL SSSR	14
2.2.1	<i>Un nuovo concetto di salute della popolazione</i>	14
2.2.2	<i>Sostenibilità</i>	15
2.2.3	<i>Innovazione e ricerca</i>	16
2.2.4	<i>Misurabilità e trasparenza</i>	16
2.3	OBIETTIVI STRATEGICI DEL PSSR	17
2.3.1	<i>Premessa</i>	17
2.3.2	<i>Obiettivi strategici del PSSR</i>	18
<b>3</b>	<b>GOVERNO DEL SSSR</b>	<b>21</b>
3.1	PROGRAMMAZIONE	21
3.2	ORGANIZZAZIONE	22
3.2.1	<i>Strutture di Governo Regionale</i>	22
3.2.2	<i>Area Vasta</i>	23
3.2.3	<i>Il ruolo dell'Università</i>	24
3.2.4	<i>Sperimentazioni gestionali a valenza istituzionale</i>	25
3.3	STRUMENTI DI GOVERNO	26
3.3.1	<i>Politiche per la qualità</i>	26
3.3.2	<i>Gestione delle risorse umane</i>	27
3.3.3	<i>Ricerca e innovazione</i>	28
3.3.4	<i>Sistema informativo socio sanitario</i>	28
3.3.5	<i>Collaborazioni a livello internazionale</i>	29
3.3.6	<i>Comunicazione e partecipazione dei cittadini</i>	29
<b>4.</b>	<b>GARANZIA DEI LIVELLI DI ASSISTENZA</b>	<b>31</b>
4.1	LIVELLI DI ASSISTENZA SANITARIA, SOCIO SANITARIA E SOCIALE	31
4.2	PREVENZIONE E PROMOZIONE DELLA SALUTE	33
4.3	ASSISTENZA TERRITORIALE	33
4.3.1	<i>Distretto Socio Sanitario</i>	33
4.3.2	<i>Cure Primarie – Medicina Convenzionata Assistenza Primaria</i>	35

4.3.3 Assistenza farmaceutica .....	36
4.3.4 Assistenza specialistica ambulatoriale.....	37
4.3.5 Assistenza Domiciliare Integrata – ADI.....	37
4.3.6 Assistenza residenziale e semiresidenziale.....	38
4.4 ASSISTENZA OSPEDALIERA .....	39
4.5 RETI REGIONALI .....	41
4.6 AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SOCIO SANITARIO.....	43
4.6.1 Assistenza materno infantile e dell'età evolutiva.....	43
4.6.2 Programmi e interventi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani.....	43
4.6.3 Programmi e interventi per la famiglia.....	44
4.6.4 Programmi e interventi per gli anziani.....	44
4.6.5 Programmi e interventi per la disabilità .....	45
<b>5. GLI OBIETTIVI DI SALUTE DEL SISTEMA .....</b>	<b>47</b>
5.1 LA SALUTE NELLE PRIME FASI DI VITA.....	47
5.2 LE GRANDI PATOLOGIE: MALATTIE ONCOLOGICHE, MALATTIE CARDIOVASCOLARI, DIABETE E MALATTIE RESPIRATORIE .....	48
5.2.1 Le malattie oncologiche.....	48
5.2.2 Malattie cardiovascolari.....	49
5.2.3 Diabete .....	50
5.2.4 Le malattie respiratorie.....	51
5.3 TUTELA DELLA SALUTE MENTALE.....	53
5.4 LE DIPENDENZE CONNESSE A PARTICOLARI STILI DI VITA.....	54
5.5 LE MALATTIE RARE .....	55
5.6 LE MALATTIE TERMINALI, CURE PALLIATIVE E LOTTA AL DOLORE .....	57
5.7 LA SANITÀ VETERINARIA E L'IGIENE ALIMENTARE .....	58
5.8 L'AMBIENTE E LA SALUTE .....	60
<b>6. FINANZIAMENTO DEL SSSR .....</b>	<b>63</b>
<b>7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE .....</b>	<b>65</b>

## 1 IL CONTESTO (opportunità e vincoli)

### 1.1 Quadro istituzionale e normativo

La Regione del Veneto, in conformità a quanto stabilito dallo Statuto, assume la programmazione come metodo di intervento in concorso con lo Stato e gli Enti locali, definendo obiettivi, criteri e modalità della propria azione nel rispetto del principio di sussidiarietà. Il principale strumento di programmazione della Regione è il Programma Regionale di Sviluppo (P.R.S.), che individua le linee fondamentali di attività in campo economico, sociale e territoriale e fornisce il quadro di riferimento e le strategie per lo sviluppo della comunità regionale.

In settori di attività particolarmente complessi o che richiedono un articolato recepimento di norme nazionali e comunitarie, la normativa regionale prevede la predisposizione di appositi Piani di settore con cui si provvede a dare specificazione, nella materia di afferenza, alle linee fondamentali dell'attività regionale definite dal Programma Regionale di Sviluppo.

Le disposizioni sulla programmazione contenute nella L.R. 29.11.2001, n.35, sottopongono, inoltre, l'azione regionale ad una duplice attività di monitoraggio e di valutazione, *in itinere* ed *ex-post*, che costituiscono parte integrante del processo di programmazione e sono volte a determinare l'impatto delle politiche rispetto agli obiettivi e alle priorità e ad analizzarne le incidenze su problemi strutturali specifici. In particolare, è oggetto di valutazione *in itinere* l'efficacia degli interventi strutturali della programmazione attraverso l'esame dei primi risultati, la loro pertinenza ed il grado di conseguimento degli obiettivi. Dall'attività di monitoraggio e di valutazione derivano informazioni rispettivamente per l'adeguamento degli strumenti della programmazione e per l'impostazione delle successive fasi.

Nella fase di programmazione avviata dall'approvazione del Programma Regionale di Sviluppo con L.R. 9.3.2007, n. 5, si inserisce il Piano Socio Sanitario Regionale per il triennio 2007-2009.

L'approvazione della legge di riforma sanitaria n. 833 del 23 dicembre 1978 ha stabilito le basi dell'attuale sistema sanitario nazionale: collegamento tra i diversi ambiti interessati alla cura della salute umana (domiciliare, ambulatoriale ed ospedaliera); rilievo assegnato al momento della prevenzione rispetto a quello della cura; attribuzione allo Stato di competenze di carattere generale ed unitario e alle Regioni di un ruolo di indirizzo, di programmazione e di coordinamento dei Comuni e delle Comunità montane. L'esigenza di affidare maggiori responsabilità alle Regioni, soprattutto sul piano delle scelte finanziarie e politiche per la "gestione" dell'assistenza sanitaria e la definizione di una nuova struttura delle UU.LL.SS.SS., che diventano Aziende, ha poi trovato realizzazione con il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. L'articolo 2 del decreto stabilisce che alle Regioni spetta la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute, nonché dei criteri di finanziamento delle Aziende UU.LL.SS.SS e Ospedaliere, poi definite ulteriormente dal decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999.

Il riorientamento strategico del Servizio Sanitario Nazionale verso un sistema di Servizi Sanitari Regionali si fonda sull'affermazione che le Unità Locali Socio Sanitarie nascono ed operano a favore della collettività di riferimento.

Il D.Lgs. n. 229/99 si muove in parallelo alla riallocazione delle funzioni amministrative in chiave federalista e sussidiaria, che ora deve essere interpretata alla luce del nuovo testo dell'articolo 118 della Costituzione, realizzatasi in Veneto con la Legge Regionale n. 11/01, che ha istituito la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria, ha concretizzato i compiti della Conferenza dei Sindaci e ha costituito il Comitato dei Sindaci a livello distrettuale. Di notevole rilievo le disposizioni che hanno definito i rapporti del SSN con i soggetti pubblici e privati erogatori delle prestazioni, in particolare quelle del D.Lgs. n. 229/99 che ha confermato la riforma del '92 nel senso della parità tra erogatori pubblici e privati.

La Regione del Veneto, con le LL.RR. n. 55 e n. 56 del 14 settembre 1994, ha posto le basi per la riforma dell'assetto organizzativo e di governo del proprio sistema. Ha, inoltre, sviluppato la propria funzione di governo, emanando norme e linee guida in materia di finanziamento, organizzazione, pianificazione strategica generale (L.R. di Piano n. 5/96) e settoriale, sistemi di finanziamento e di accreditamento, nonché le modalità di coordinamento delle strutture stesse, e intervenendo sul rapporto che lega i Direttori Generali agli organi regionali. Con la definizione delle linee guida per la predisposizione dell'Atto Aziendale, strumento di autogoverno con cui l'Azienda definisce la propria organizzazione e funzionamento, la Giunta Regionale ha fissato alcuni principi comuni rispetto ad elementi organizzativi e di funzionamento ritenuti peculiari per le Aziende Sanitarie Venete. L'atto di indirizzo e coordinamento del 14 febbraio 2001 definisce le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e sanitarie a rilevanza sociale, ai fini dell'imputazione della spesa delle stesse al servizio sanitario regionale o ai Comuni. Con le disposizioni recate dall'articolo 3 della legge 16 novembre 2001, n. 405, viene data alle Regioni la possibilità di modificare il modello di erogazione dei servizi sanitari e di articolare in modo diverso il rapporto con il territorio. Altro fondamentale aspetto del sistema così delineato è quello della correlazione tra responsabilità e risorse. L'accordo dell'8 agosto 2001 tra Stato e Regioni, aveva già segnato un decisivo passo in avanti in questo senso. In seguito si è giunti all'Intesa Stato-Regioni del 23.3.2005 che ha realizzato il trasferimento delle competenze in materia sanitaria alle Regioni e, superando l'Accordo dell'8 agosto 2001, ha fissato i contorni di un nuovo Patto di stabilità tra lo Stato e le Regioni in materia sanitaria, nonché del complesso dei rapporti tra questi soggetti istituzionali.

## **1.2 Vincoli economici e finanziari**

L'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha realizzato il trasferimento delle competenze in materia sanitaria alle Regioni fissando i contorni di un Patto di Stabilità tra lo Stato e le Regioni sulla Sanità che determina una più accentuata responsabilizzazione dei soggetti coinvolti. Ciò si riflette in particolar modo sui processi di pianificazione e gestione regionali relativi alla tutela della salute.

Infatti, l'intesa citata pone in capo alle Regioni obblighi stringenti finalizzati a garantire l'equilibrio economico-finanziario, mantenendo nel contempo i livelli essenziali di

assistenza. Ancora una volta si chiede una maggiore qualità complessiva delle prestazioni a fronte del rispetto della compatibilità economica.

Da questo punto di vista, eventuali situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, comportano il contestuale obbligo di presentare piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali. Si crea così un coinvolgimento di tutti gli attori detentori di responsabilità in ambito sanitario per il rispetto dei parametri economico-finanziari prestabiliti.

Tale evoluzione progressiva verso livelli sempre più elevati di responsabilizzazione trova oggi altri due elementi fondamentali nel "Patto per la Salute" del 28 settembre 2006 e nel documento denominato "New Deal della Salute" del 27 giugno 2006.

Sulla base degli indirizzi delineati dal Documento di programmazione economico finanziaria 2007-2011, l'intesa ha lo scopo di mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al tempo stesso di ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica. Nella sostanza il Patto si propone di coniugare la politica di promozione e coordinamento propria del Governo con il rafforzamento dell'autonomia organizzativa e della responsabilità finanziaria delle Regioni. Si tratta quindi di un accordo che pone in primo piano vincoli economici e finanziari, definiti attraverso un percorso condiviso.

Il "New Deal della Salute" è invece un documento di principi, elaborato dal Ministero della Salute al fine di definire le priorità in ambito sanitario e socio-sanitario dei prossimi anni verso un unico grande obiettivo: ridefinire modi e forme del sistema perché esso sia realmente orientato e centrato sui bisogni e le esigenze dei cittadini.

Gli indirizzi, gli obblighi e gli adempimenti sanciti dai documenti citati si accompagnano ad un reticolo di controllo sempre più articolato che sottopone la Regione del Veneto, come tutte le altre Regioni, a continue e sistematiche verifiche da parte di un gran numero di soggetti istituzionali e di attori sociali (il Ministero dell'Economia, il Ministero della Salute, la Corte dei Conti, gli organismi ispettivi in ambito sanitario, le associazioni di cittadini, solo per citarne alcuni).

Tale rete di controllo trova probabilmente le sue massime espressioni in due ambiti: il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 (istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze - Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato); il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (istituito con decreto del Ministro della salute del 21 novembre 2005), cui è affidato il compito di verificare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell'utilizzo delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale.

Il quadro si completa con la definizione dell'ammontare delle risorse a disposizione del Servizio Sanitario Nazionale nel triennio 2007-2009, di cui al punto 1.1 del "Patto per la Salute", ovvero:

- 96.000 milioni di euro per l'anno 2007;
- 99.042 milioni di euro per l'anno 2008;
- 102.245 milioni di euro per l'anno 2009.

Come si è riscontrato in questi ultimi anni, le risorse disponibili non sono in realtà in grado di coprire l'intero fabbisogno del Servizio Sanitario Nazionale, data la crescita esponenziale della spesa. Le difficoltà economiche e finanziarie si riflettono pertanto sul

Sistema Socio Sanitario della Regione del Veneto, facendo sì che il finanziamento locale da integrativo stia diventando in realtà un finanziamento strutturale. Di fatto, viene così modificato il sistema di finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, teoricamente affidato solo alla fiscalità generale.

Perciò, in considerazione di quanto sopra evidenziato, l'azione della Regione del Veneto, esplicitata nel presente Piano, deve coniugare rigore e qualità dei servizi in un quadro di obiettivi di riorganizzazione, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari e socio sanitari. È infatti indispensabile la messa a punto di percorsi strutturali che impediscano il formarsi di deficit, con specifiche procedure di monitoraggio e controllo, ma anche con la piena condivisione delle strategie di contenimento della spesa con le Aziende Sanitarie.

## 1.3 Bisogni di salute

### 1.3.1 Condizioni di salute

La popolazione del Veneto non ha mai beneficiato di condizioni di salute migliori di quelle attuali e i progressi nella riduzione della mortalità generale sono stati rapidi e molto significativi. **La riduzione della mortalità**, specialmente in età infantile, ha determinato un **sostanziale allungamento della speranza di vita alla nascita**. La mortalità infantile (inferiore a 4/1.000 nati vivi), prescolare e materna (intorno a 2/100.000 nati vivi) sono attualmente tra le più basse nel mondo e rappresentano quindi problemi superati.

I miglioramenti della sopravvivenza hanno comunque portato benefici in tutte le classi d'età inclusi gli anziani. La conseguenza demografica più rilevante è il rapido e marcato invecchiamento della popolazione. Le implicazioni sanitarie e sociali, oltre che economiche, di questi fenomeni sono molto profonde e lo saranno ancora di più quando, dal 2011, la generazione del baby-boom nata tra il 1946 ed il 1964 entrerà nel gruppo degli ultra sessantacinquenni. I miglioramenti dello stato di salute della popolazione hanno riguardato non solo la riduzione della mortalità ma anche della disabilità. I traumi stradali e le malattie cerebro-vascolari rappresentano le maggiori cause di disabilità per i gruppi di età al di sotto e oltre i 45 anni, rispettivamente. Con l'evolversi del livello di salute anche nella popolazione anziana, tuttavia, l'attenzione va focalizzata sulle fasce di età più avanzate, ed in particolare sulla frazione affetta da disabilità. Nell'età avanzata, le cause che più pregiudicano la funzionalità sono:

- le artropatie (che colpiscono circa due terzi dei cittadini oltre i 65 anni, anche se non sempre sono associate ad una ridotta mobilità);
- l'ipertensione (che interessa oltre un terzo della popolazione aumentando progressivamente con l'età: a 50 anni circa la metà dei cittadini sono ipertesi);
- le malattie cardiache (che colpiscono un terzo degli individui);
- l'osteoporosi (già presente in un quinto degli individui tra 65 e 74 anni);
- le malattie respiratorie croniche (che colpiscono un decimo degli individui);
- il diabete (che colpisce un decimo degli individui).

**La limitata funzionalità fisica** colpisce, in forme più o meno gravi, circa la metà dei cittadini tra 70 e 74 anni. Nel gruppo di età oltre gli 85 anni, la prevalenza di demenza può raggiungere il 30%. L'invecchiamento della popolazione, anche in seguito agli straordinari progressi della medicina clinica nel ridurre la letalità per importanti patologie, ha prodotto un aumento della prevalenza, vale a dire dei valori assoluti, di disabilità. Il numero di pazienti affetti da patologie croniche quali diabete, coronaropatia, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria e sequele di ictus, è oggi sostanzialmente superiore a quella di alcuni decenni orsono e cresce costantemente.

### 1.3.2 Mortalità per sesso ed età

Le cause principali di decesso variano profondamente in funzione dell'età e del sesso.

I **traumi stradali** costituiscono la più importante causa prevenibile di morte in età pediatrica.

I **traumi involontari** (stradali, occupazionali e domestici) costituiscono la prima causa di morte per gli uomini tra i 15 e i 44 anni e le donne tra i 25 e i 44. Per quanto riguarda i traumi volontari, assumono grande importanza i **suicidi** che rappresentano la seconda causa di morte nei giovani maschi tra i 15 e i 24 anni, causando un numero di decessi superiore a quelli determinati dalle neoplasie maligne. Tra i maschi i suicidi sono aumentati di oltre il 50% negli ultimi 35 anni.

Le **malattie cardio-circolatorie** costituiscono la prima causa di morte nelle persone di età avanzata, oltre i 65 anni, la seconda causa di morte tra gli adulti tra i 25 e i 64 anni dopo le neoplasie e sono più frequenti tra i maschi rispetto alle femmine in tutte le classi d'età ad eccezione degli anziani.

I **tumori maligni** sono la prima causa di morte negli adulti tra i 25 e i 64 anni, con l'eccezione dei maschi di età compresa tra i 25 e i 44 anni. Complessivamente le neoplasie polmonari sono la più importante causa di decesso per tumore nel Veneto (circa 2.900 decessi/anno). Negli ultimi due decenni la frequenza di tumore polmonare si è ridotta di oltre il 20% tra i maschi, soprattutto in seguito alla notevole riduzione del fumo, mentre tra le donne ha continuato ad aumentare lievemente, pur rimanendo cinque volte meno frequente rispetto agli uomini. La seconda e terza causa di morte per neoplasie sono il tumore del colon-retto (1.500 decessi/anno) e della mammella (1.000 decessi/anno) che colpisce quasi esclusivamente il sesso femminile.

Il **diabete mellito** compare come causa importante di morte tra le donne anziane, ma certamente rappresenta un significativo fattore nell'eziologia di diverse malattie vascolari, quali la malattia coronarica, l'ictus, la retinopatia e l'insufficienza renale.

### 1.3.3 Mortalità precoce

La **mortalità precoce** è misurata attraverso l'indicatore "anni di vita potenziale perduta prima dei 65 anni".

Tra i maschi, gli incidenti da traffico costituiscono la più importante causa di mortalità precoce riducendo, in media nel corso di un anno, la durata della vita dei cittadini del Veneto di quasi quindicimila anni. Il **suicidio si colloca al secondo posto**, sottraendo complessivamente cinquemila anni di vita. Altre due patologie contribuiscono a ridurre la

durata potenziale della vita degli uomini di oltre quattromila anni ognuna, nell'ordine: malattia coronarica e tumore dei polmoni.

Tra le donne, il tumore della mammella rappresenta la più importante causa di morte precoce (quasi 4.000 anni perduti), ma i traumi stradali seguono da vicino (quasi 3.500 per gli accidenti da traffico). Le malformazioni congenite rappresentano la terza causa di anni di vita perduti, mentre il suicidio si colloca nella quarta posizione, sottraendo quasi 1.500 anni, più importante dei tumori del polmone, del colon e della malattia cerebro-vascolare.

La mortalità precoce costituisce un significativo criterio per definire priorità ma non può essere l'unico in quanto solo un quarto dei decessi nella nostra regione si manifesta al di sotto dei 65 anni.

### **1.3.4 Evoluzione temporale della mortalità**

La progressiva contrazione di mortalità, incidenza e prevalenza delle **malattie infettive** fino alla metà degli anni '80 del ventesimo secolo è stata interrotta da una ripresa pur limitata della frequenza delle patologie trasmissibili in seguito all'epidemia dell'HIV/AIDS ma anche in conseguenza della maggiore importanza che hanno assunto altri patogeni opportunisti tra la popolazione sempre più ampia di cittadini affetti da malattie che compromettono il sistema immunitario.

Negli ultimi dieci anni, la mortalità per AIDS è evoluta positivamente in conseguenza dei progressi terapeutici ottenuti con i farmaci anti-retrovirali e della riduzione della trasmissione tra i tossicodipendenti, il gruppo più colpito nella nostra Regione. Le malattie immunizzabili dell'infanzia sono state controllate molto efficacemente dal programma di vaccinazioni. Durante tutta la decade degli anni '90 si sono verificati nel Veneto solo due decessi per malattie oggetto di immunizzazione infantile ed attualmente queste malattie causano un numero estremamente ridotto di ricoveri l'anno (circa 50). Questi straordinari risultati non significano che la circolazione degli agenti patogeni e la loro trasmissione siano state eliminate, ma solo che la protezione dei nuovi nati è molto elevata in conseguenza dell'altissima copertura vaccinale.

Parallelamente alla riduzione delle patologie trasmissibili, le **malattie cronico-degenerative** hanno invece aumentato il loro peso fino alla fine degli anni '70; nel corso degli ultimi 25 anni la loro frequenza relativa si è però ridotta rapidamente e questo trend continua tuttora. In questo periodo, i tassi di mortalità standardizzati, vale a dire ignorando l'invecchiamento della popolazione, della malattia ischemica del cuore e dell'ictus nei maschi del Veneto sono diminuiti di oltre il 60%, mentre i progressi nella riduzione della mortalità per neoplasie sono più recenti e molto più ridotti. Per le patologie ischemiche cardiache e l'ictus, la variazione percentuale della mortalità standardizzata delle femmine è simile a quella sperimentata dai maschi, mentre la mortalità per neoplasie resta sostanzialmente stabile fino all'inizio degli anni '90 per poi diminuire di oltre il 10%. La diminuzione della mortalità per neoplasie, essendo più limitata, si è tradotta in un incremento dell'importanza relativa dei tumori come causa di morte in entrambi i sessi; i decessi per tumore hanno oggi una frequenza doppia rispetto alle morti per malattia ischemica del cuore.

### 1.3.5 Bisogni di salute in area materno infantile

Allo stato attuale, in Veneto, i bisogni di salute dell'area materno infantile trovano risposte in una molteplicità di entità organizzative molto diffuse sul territorio regionale e di elevata qualità professionale, che agiscono però per lo più in forma frammentata, senza un disegno unitario ed integrato di sistema. La parcellizzazione degli interventi non è in grado di garantire la continuità assistenziale e quindi l'efficienza e l'efficacia degli stessi, in quanto non risponde in modo globale ai bisogni e comporta sovrapposizioni di competenze, che possono indurre duplicazioni degli interventi e confusione nella popolazione.

Accanto a questa criticità generale di sistema, altre problematiche specifiche di rilievo che interessano l'area materno infantile sono:

- in Veneto, come nelle altre regioni dell'Italia centro settentrionale, la fecondità nelle donne di origine italiana è sempre più influenzata dall'**elevata età al parto**, con implicazioni sociali, sanitarie ed economiche notevoli: dall'aumento delle gravidanze patologiche alla conseguente loro medicalizzazione e aumento dei parti cesarei;
- l'**ingresso di donne straniere**, caratterizzate da una maggiore fecondità, richiede di prestare sempre maggiore attenzione ai problemi di salute delle gestanti straniere e dei rispettivi figli;
- i **disturbi neurologici e psichiatrici dell'età evolutiva** interessano una fascia cospicua della popolazione del Veneto: le stime di prevalenza delle affezioni tali da produrre una significativa menomazione del funzionamento del bambino, pur ampiamente variabili, si attestano intorno a un nocciolo duro del 7% della popolazione infantile, e al 30% della popolazione ricoverata nei reparti di Pediatria; finora la risposta assistenziale a questi problemi è stata affidata a una serie disomogenea di servizi in massima parte territoriali, diversi per denominazione, afferenza, collocazione, competenze e dotazione di personale, con modalità di presa in carico tra ospedale e territorio molto diverse;
- relativamente alle **malattie rare**, il sistema veneto di certificazione sta procedendo con successo e rappresenta un riferimento importante anche per le altre regioni; rimangono alcuni problemi da affrontare, in particolare il monitoraggio e la sollecitazione dei centri accreditati, in particolare di quelli più piccoli, e la diffusione dell'informazione sui diritti dei malati rari anche nei circuiti in cui non avviene direttamente la certificazione;
- l'**abuso e il maltrattamento in età infantile ed adolescenziale** sono situazioni che sembrano emergere con sempre maggiore drammaticità nella nostra società (i casi noti sono circa 3.500, con un incremento presunto di 600/800 nuovi casi per anno);
- la rete dei punti nascita non è adeguata ad affrontare l'aumento del numero assoluto dei parti (circa 50.000 all'anno) e, con particolare riferimento ai punti nascita di secondo e terzo livello, il cambio di tipologia delle nascite dovuto ai fattori sopra descritti.

### 1.3.6 Principali sfide da affrontare

Accanto a risultati molto positivi, rimangono sfide importanti da affrontare, alcune nuove, altre conosciute da tempo. In particolare, nel 2003, **i maschi hanno una speranza di vita alla nascita di 6,5 anni inferiore a quella delle femmine**, la flessione della mortalità per tumori è di lieve entità in entrambi i sessi, la mortalità per le neoplasie più frequenti e prevenibili, quali i tumori del polmone e del colon tra gli uomini, mostrano solo una leggera

flessione a confronto con quelle sperimentate da altre popolazioni di paesi industrializzati e la mortalità per neoplasie delle alte vie respiratorie e digerenti è superiore a quella del Sud Italia. I traumi stradali continuano a rappresentare ancora un problema estremamente serio mentre i traumi in occasione di attività lavorativa sono diminuiti in modo non soddisfacente.

### **1.3.7 Determinanti dello stato di salute**

Il **consumo di tabacco** costituisce di gran lunga il più importante fattore di rischio per la salute, in particolare per le malattie cardio-vascolari, neoplastiche e respiratorie. Purtroppo il fenomeno della riduzione tra gli adulti è stato compensato dal recente aumento del consumo di tabacco tra i giovani, sia maschi che femmine; ciò costituisce la più forte minaccia ai progressi ottenuti relativamente allo stato di salute della popolazione veneta.

Il **consumo di alcol** si è ridotto bruscamente e sostanzialmente dagli anni '60 e non rappresenta più una delle cause principali di morte precoce e disabilità anche se possono e devono ancora essere fatti progressi. Similmente al tabacco, però, il consumo e quindi inevitabilmente l'abuso di alcol tra le giovani generazioni è cresciuto nel corso degli ultimi anni.

Il **consumo di eroina** nelle giovani generazioni rimane una minaccia considerevole per la salute. Più recentemente l'uso di cocaina, ecstasy ed altre droghe sintetiche si è diffuso rapidamente.

Per i due terzi di cittadini del Veneto che non fumano e non bevono esageratamente i determinanti più importanti per patologie croniche sono l'**alimentazione inappropriata** e la **sedentarietà**. Nonostante la dieta dei Veneti sia migliorata nel corso degli ultimi decenni in conseguenza di un maggiore consumo di frutta, verdura, pesce e olio di oliva, la quantità di frutta e verdura consumate è ancora lontana dalle quantità consigliate.

L'**attività fisica** è praticata da una proporzione molto bassa della popolazione, indipendentemente dall'età.

La prevalenza di sovrappeso nei maschi è già molto elevata tra i giovani adulti e raggiunge valori di oltre il 50% tra gli anziani (65 anni e oltre). Tra le donne, la frequenza aumenta progressivamente con l'età ma rimane sempre inferiore a quella degli uomini; nel gruppo d'età compreso tra i 25 e i 44 anni, tale differenza è pari a quasi due volte e mezza.

Dieta ipercalorica e sedentarietà costituiscono, inoltre, fattori di rischio cruciali per molte malattie metaboliche, in particolare il diabete.

Fumo, obesità, sedentarietà ed un elevato consumo di sale costituiscono fattori di rischio per l'ipertensione arteriosa.

Tra i fattori di rischio comportamentali dei traumi stradali i più cruciali sono la guida sotto l'effetto di alcol e droghe e il non rispetto del codice della strada; l'uso delle cinture di sicurezza è ancora insufficiente tra i bambini, soprattutto quelli tra i 5 e 10 anni. L'inquinamento atmosferico, determinato da autoveicoli, sistemi di riscaldamento domestico e industrie, aumenta la mortalità per malattie respiratorie acute e croniche quali asma e bronchite, particolarmente tra gli anziani e, più in generale, coloro che soffrono di patologie respiratorie e cardiovascolari. Negli ultimi decenni il progresso nel controllo delle emissioni per fronteggiare questa emergenza è stato sostanziale.

## 1.4 Modello veneto

La forte “tradizione” e cultura della solidarietà della Regione Veneto hanno condotto al costante mantenimento e rafforzamento, negli atti normativi e nelle disposizioni applicative, del **modello “dell’integrazione”**; oggi la possibilità di assicurare un’efficace messa a punto di un modello di organizzazione integrata di risposta ai bisogni emergenti si presenta come una risorsa fondamentale connaturata al “modello veneto” senza la necessità di ricorrere ad ulteriori cambiamenti legislativi.

Il modello di welfare della Regione Veneto si è nel tempo articolato su alcune basi fondamentali: l’integrazione delle responsabilità, l’integrazione dei fattori produttivi, la rete integrata pubblica e privata di offerta assistenziale, la promozione della famiglia, la promozione della solidarietà organizzata. Queste opzioni strategiche hanno trovato espressione:

- nelle **Unità Locali Socio Sanitarie**, quale modello originale per la gestione dei servizi sanitari e sociali fra loro integrati;
- nel **Distretto Socio Sanitario** quale unità elementare territoriale per realizzare l’integrazione delle risposte sociosanitarie, definite nel Programma delle Attività Territoriali quale strumento operativo di programmazione annuale generale;
- nella definizione dei **Piani di Zona** quale strumento concertato di programmazione locale;
- nelle collaborazioni intercomunali finalizzate alla gestione unitaria dei Piani di Zona e di altri programmi di interesse zonale;
- nella incentivazione delle **deleghe di gestione** dei servizi sociali alle Aziende UU.LL.SS.SS.;
- nella **differenziazione dei fattori produttivi** interni ed esterni grazie al coinvolgimento del **Terzo Settore** nei processi di programmazione locale e nella gestione dei servizi.

Queste scelte di carattere istituzionale costituiscono i presupposti per garantire risposte unitarie in alcune aree di bisogno, ad esempio quelle delle politiche per l’infanzia e la famiglia, gli anziani, le disabilità, le dipendenze, la salute mentale.

## **2 PRINCIPI E OBIETTIVI STRATEGICI DEL SSSR**

### **2.1 Principi del SSSR**

Il Servizio Socio Sanitario Regionale fa propri i principi fondamentali su cui si fonda il SSN: universalità, sostanziale gratuità per l'accesso a prestazioni appropriate uniformemente assicurate sul territorio, rispetto della libertà di scelta, pluralismo erogativo basato sul ruolo delle strutture pubbliche e private accreditate, profit e non profit.

Il Servizio Socio Sanitario Regionale si caratterizza quindi come un sistema "universalistico", rivolto a tutta la popolazione di riferimento senza distinzioni di genere, residenza, età, lavoro, reddito.

Il SSSR promuove l'equità del sistema intesa come uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento degli obiettivi di salute individuali, indipendentemente dalla condizione economica, dal tipo di prestazione richiesta e dall'ubicazione del domicilio.

A tal fine deve essere assicurata a tutti i cittadini, e soprattutto alle fasce più vulnerabili (socialmente, economicamente o culturalmente), l'accessibilità alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, contrasto all'esclusione sociale per una piena affermazione ed attuazione del diritto alla salute.

Infine, l'equità non si può realizzare senza la promozione dell'appropriatezza - nei suoi due significati di appropriatezza clinica delle prestazioni più efficaci a fronte del bisogno accertato e di appropriatezza come regime di erogazione della prestazione più efficace ma al tempo stesso a minor consumo di risorse - che si colloca in relazione alla capacità del sistema di assicurare "equità" di erogazione di prestazioni. E', infatti, evidente che un sistema sottoposto ad una pressione eccessiva di domanda non valutata e potenzialmente inappropriata non è in grado di assicurare a tutti ciò che è più necessario; al tempo stesso l'erogazione di prestazioni in regimi economicamente più costosi impedisce la finalizzazione delle risorse verso i settori di reale debolezza.

### **2.2 Orientamenti strategici del SSSR**

Coerentemente con i principi fondamentali del SSSR, gli orientamenti strategici del SSSR per il triennio 2007-2009 sono: un nuovo concetto di salute della popolazione, sostenibilità, innovazione e ricerca, misurabilità e trasparenza.

#### ***2.2.1 Un nuovo concetto di salute della popolazione***

Il sistema socio sanitario veneto deve preoccuparsi e sentirsi responsabile della salute della popolazione di cui è al servizio, intendendo per salute "uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo assenza di malattia" secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Questa definizione ampia di salute risulta più che mai attuale in una situazione in cui:

- lo stato di salute è fortemente **influenzato dalla condizione economica, culturale e sociale** della persone, delle famiglie e, a sua volta, la condizione sociale è sempre più condizionata dallo stato di salute;
- il **progressivo invecchiamento** della popolazione produce importanti cambiamenti nel quadro epidemiologico che vede la discrasia crescente tra i bisogni della popolazione giovane ed adulta e la crescita costante nella popolazione anziana di situazioni complesse che esprimono bisogni assistenziali sia sanitari sia sociali (patologie croniche).

**L'integrazione sociosanitaria si conferma quindi come strategia fondante del modello socio sanitario veneto**, che deve essere perseguita a tutti i livelli del sistema (istituzionale, gestionale e professionale).

Elementi chiave di questo approccio sono:

- la promozione attiva di stili ed ambienti di vita sani attraverso una rivisitazione e una ricollocazione del SSSR in termini di ruolo, compiti, rapporti con altri sistemi che interagiscono con esso nel determinare le condizioni di salute della popolazione. Il SSSR deve farsi promotore e partecipare attivamente allo sviluppo di politiche intersettoriali finalizzate alla promozione e alla tutela della salute collettiva ed individuale;
- l'integrazione dei servizi nell'ottica della continuità dell'assistenza intesa come "un sistema integrato e ininterrotto di sedi, servizi, operatori e livelli di servizio";
- la collocazione del singolo e della comunità al centro dell'attenzione rafforzando la comunicazione, la partecipazione, la partnership, il rispetto, la responsabilità e il coinvolgimento del SSSR all'interno della comunità, sostenendola, rafforzandone lo sviluppo e contribuendo alla sua salute globale;
- la garanzia dell'equità del sistema, assicurando il superamento delle disuguaglianze sociali e territoriali, favorendo l'accessibilità al SSSR da parte dei soggetti e delle categorie svantaggiate e prendendo le decisioni utilizzando le informazioni basate sull'evidenza per garantire l'appropriatezza.

### **2.2.2. Sostenibilità'**

La sostenibilità è intesa come capacità del sistema nel suo complesso di mettere in atto in modo non traumatico, equilibrato e partecipato le azioni strategiche previste dal PSSR.

Tenuto conto di questa ampia definizione si devono garantire:

- la **sostenibilità economica**, attraverso lo sviluppo di soluzioni al problema dell'adeguatezza e dell'utilizzo delle risorse, anche tenuto conto dell'andamento generale dell'economia e dell'invecchiamento della popolazione che nei prossimi anni accrescerà il trend di crescita dei costi del sistema socio sanitario;
- la **sostenibilità sociale** attraverso un processo di coinvolgimento attivo dei cittadini e delle istituzioni al fine della condivisione delle politiche di cambiamento e della partecipazione, sostegno e responsabilizzazione per la loro implementazione;
- la **sostenibilità professionale**, attraverso politiche ed interventi di formazione ed educazione degli operatori del SSSR a tutti i livelli che devono acquisire le competenze e gli strumenti per governare, organizzare, gestire ed attuare l'innovazione e il

cambiamento. Parallelamente deve essere sviluppata una strategia di coinvolgimento di tutti gli operatori al fine di orientare l'attività di ogni giorno agli obiettivi strategici del SSSR.

### **2.2.3. Innovazione e ricerca**

La crescente tendenza all'innovazione tecnologica e la continua introduzione di nuove tecnologie, soprattutto in campo sanitario, comportano la necessità di dotarsi di strumenti per misurarne la validità e la sicurezza, comprendendo non solo i presidi, i dispositivi e le attrezzature mediche ma anche i farmaci e i sistemi di supporto. Questo processo deve essere perseguito a più livelli, in particolare attraverso:

- l'**adozione delle migliori pratiche gestionali** ed organizzative adeguate all'evoluzione sociale ed epidemiologica, delle conoscenze scientifiche e dei sistemi di cura (innovazione organizzativa);
- l'introduzione delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche di **provata efficacia** (innovazione tecnologica biomedica);
- l'introduzione delle tecnologie informatiche e telematiche che promuovano la **crecita qualitativa dei servizi** (innovazione tecnologica informatica e telematica).

Al fine di governare l'introduzione delle tecnologie è opportuno introdurre e sviluppare **processi di Health Technology Assessment (HTA)** ovvero procedure di valutazione globale e multidisciplinare delle tecnologie utilizzate per l'assistenza sanitaria.

Per guidare e supportare l'innovazione sia organizzativa sia tecnologica nelle sue diverse componenti è necessario sviluppare in modo mirato la ricerca e promuoverne la valorizzazione e l'utilizzo dei risultati.

Particolare rilevanza va data alle forme di ricerca sanitaria organizzativa, ricerche o sperimentazioni attinenti agli aspetti gestionali, alla valutazione dei servizi, alle tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, alle tecnologie e biotecnologie sanitarie, forme che permetteranno lo sviluppo e la sempre maggiore capacità di performance del sistema socio-sanitario veneto.

### **2.2.4. Misurabilità e trasparenza**

Punto qualificante del PSSR è **la sua misurabilità** al fine di consentire il monitoraggio e la valutazione della capacità del sistema di perseguire le linee strategiche indicate dallo stesso. In tal modo si assicura la possibilità di una reazione tempestiva per correggere eventuali deviazioni dalla direzione tracciata o malfunzionamenti dello stesso.

Questo **principio informa tutto il processo di programmazione**, dalla fase di definizione delle linee strategiche alla fase di elaborazione dei piani e programmi attuativi. La valutazione confronterà esplicitamente le azioni ed i risultati ottenuti con quelli previsti.

Pertanto, ogni strategia e programma dovranno prevedere un piano di valutazione che parta dalla loro traduzione in obiettivi misurabili, individui indicatori rilevanti e relativi strumenti informativi, per arrivare alla definizione del sistema di reporting.

I risultati della valutazione devono essere oggetto della massima diffusione nei confronti di tutti i portatori di interessi (stakeholder), attraverso mirati strumenti di comunicazione.

## 2.3 Obiettivi strategici del PSSR

### 2.3.1 Premessa

La proposta di Piano conferma l'ipotesi politico programmatica della forte integrazione tra i vari aspetti dell'assistenza sanitaria e tra l'insieme di questi ed il comparto dei servizi sociali. Integrazione che ha mostrato, nel corso degli ultimi decenni, di corrispondere alle esigenze di sviluppo economico e sociale della Regione e di rispondere ai nuovi bisogni conseguenti allo sviluppo stesso, ma che necessita, ora, di una modernizzazione del sistema per consentire un miglioramento dell'efficienza e nell'utilizzazione delle risorse, anche grazie alla sollecitazione di forme tradizionali e nuove di "pluralismo erogativo".

Le linee di sviluppo dell'azione di governo regionale nel settore socio sanitario si articoleranno nelle seguenti direttrici fondamentali:

- il completamento del processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione;
- il riassetto strutturale;
- il rilancio delle politiche di promozione della salute e prevenzione (nuovi stili di vita);
- il riadeguamento finanziario;
- il rilancio dell'integrazione socio sanitaria e più complessivamente del ruolo regionale nel settore dei servizi sociali.

Le caratteristiche della **modernizzazione del sistema regionale** sono le seguenti:

- la programmazione regionale ha la funzione di indirizzo del settore e persegue obiettivi di equità, universalità dell'accesso, riequilibrio solidale, nonché efficacia ed efficienza;
- la programmazione è il regolatore dell'integrazione dei servizi e viene negoziata tra i livelli del Sistema (Regione, UU.LL.SS.SS ed Aziende Ospedaliere);
- l'attuazione del principio dell'accreditamento, che non prevede discriminazioni tra la natura giuridica dei soggetti erogatori, rappresenta il regolatore del Sistema di erogazione e si coniuga, nel metodo e negli strumenti, con gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità nonché con gli obiettivi di qualità del Sistema tracciati dalla programmazione regionale;
- l'ULSS svolge funzioni di coordinamento degli erogatori socio-sanitari, all'interno di vincoli quali-quantitativi regionali; si tende a modificare il modello di gestione delle funzioni di identificazione dei bisogni, di acquisto di beni e servizi e di erogazione da parte della singola ULSS, con il collaudo e l'attivazione di aree vaste su base provinciale e sovraprovinciale.

Gli obiettivi descrivono il cambiamento richiesto al sistema ed indicano la direzione delle politiche ad essi sottese, per meglio rispondere alle caratteristiche tracciate. Allo stesso tempo, rappresentano "il contesto" ed i vincoli al contorno dello sviluppo stesso delle politiche. Al mutare delle condizioni generali dello sviluppo economico e della sua compatibilità, sia sul piano sociale, sia su quello ecologico/ambientale, muta di conseguenza il complesso intreccio tra vincoli e condizioni cui sottostare.

Le politiche devono permettere l'innovazione e la modernizzazione sia dei metodi sia degli strumenti, affinché la gestione del sistema raggiunga gli obiettivi prefissati. Infatti, la

riconferma dell'approccio olistico e di molte delle caratteristiche tradizionali del Sistema veneto non esclude, anzi, esalta il rinnovamento dei metodi e degli strumenti. La linea indicata dal presente Piano punta certamente alla progressiva reingegnerizzazione dei processi e dei prodotti, ovviamente con la gradualità richiesta dal cambiamento di sottosistemi organizzativi complessi, che, nonostante la rilevanza del capitale strumentale investito, si fondano in prevalenza sul fattore umano.

Criteri di fondo su cui si è basata la scelta degli obiettivi di piano sono:

- la coerenza con gli obiettivi di salute;
- la capacità di garantire i diritti e i livelli essenziali di assistenza;
- la capacità di cogliere le opportunità dell'innovazione;
- la coerenza con il quadro organizzativo e con le risorse disponibili;
- la capacità di concorrere al perseguimento della qualità di sistema.

### **2.3.2 Obiettivi strategici del PSSR**

Coerentemente con tutto quanto sopra richiamato, gli obiettivi strategici del presente PSSR, tra loro strettamente interrelati, sono:

**A. *l'erogazione in modo uniforme ed appropriato su tutto il territorio regionale dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitari e socio sanitari – LEA (art. 1 del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni e livelli aggiuntivi regionali) e dei livelli delle prestazioni sociali (art. 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328) definiti dalla Regione in attesa del provvedimento governativo in merito ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale, di attribuzione statale e in attuazione dell'art. 117, 2° comma, lettera m della Costituzione, mediante:***

- a.1 il superamento delle liste di attesa;
- a.2 il riadeguamento economico-finanziario;

i livelli aggiuntivi regionali potranno essere aggiornati con provvedimento adottato dalla Giunta Regionale sentita la competente Commissione Consiliare;

**B. *il riassetto del Servizio Socio Sanitario Regionale, mediante:***

- b.1 lo sviluppo di attività integrate amministrative e cliniche di area vasta a livello sovraziendale;
- b.2 il completamento del processo di aziendalizzazione, rafforzando l'attuale sistema di gestione manageriale delle aziende UU.LL.SS.SS., attribuendo, nell'ambito della direzione generale, ai singoli direttori specifiche responsabilità di direzione di area sanitaria, socio sanitaria ed amministrativa;
- b.3 l'avvio delle Aziende Ospedaliere Universitarie integrate ed il loro consolidamento;
- b.4 il progressivo inserimento degli IRCCS nella rete sanitaria regionale;

**C. *il potenziamento della prevenzione e la promozione della salute, mediante:***

- c.1 l'implementazione di iniziative di carattere generale e sistemico di promozione della salute (stili di vita);
- c.2 il rafforzamento dell'area della prevenzione collettiva e della prevenzione rivolta alla persona;
- c.3 la promozione di un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza;
- c.4 l'integrazione e il confronto in ambito socio sanitario con i sistemi sanitari dei Paesi e delle Regioni appartenenti all'Unione europea, nonché il potenziamento delle attività e delle relazioni internazionali, favorendo la cooperazione con l'OMS e con le altre Agenzie Specializzate delle Nazioni Unite;
- c.5 la promozione delle politiche rivolte alle famiglie, all'infanzia, all'adolescenza e ai giovani;
- c.6 lo sviluppo di politiche ed interventi per la tutela della salute e per l'integrazione civica, scolastica, lavorativa e sociale delle persone immigrate;

**D. *il rinnovamento del sistema delle cure, mediante:***

- d.1 il completamento della programmazione e integrazione dei macrosistemi erogativi;
- d.2 la qualificazione e la riorganizzazione dell'assistenza territoriale;
- d.3 la qualificazione e la razionalizzazione dei servizi di urgenza e emergenza;
- d.4 la qualificazione e la razionalizzazione della rete ospedaliera;
- d.5 l'attuazione a livello operativo dell'integrazione socio sanitaria e tra i diversi livelli di assistenza;
- d.6 la determinazione e la garanzia del fabbisogno a livello regionale di personale e lo sviluppo e il coordinamento delle iniziative di formazione permanente del personale dipendente e in convenzione;
- d.7 l'integrazione positiva, nella rete ospedaliera e territoriale della Regione del Veneto, delle diverse figure di formazione coordinate dall'Università;

**E. *la promozione del Miglioramento Continuo della Qualità del SSSR, mediante:***

- e.1 strumenti di monitoraggio e di valutazione della performance;
- e.2 una rete di riferimenti certi per singoli momenti organizzativi;

**F. *la promozione e la qualificazione della ricerca e dell'innovazione, mediante:***

- f.1 la promozione e il coordinamento della ricerca biomedica, biotecnologica e sanitaria;
- f.2 il governo dell'introduzione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche di provata efficacia;
- f.3 il governo dell'introduzione di innovazioni tecnologiche informatiche e telematiche;
- f.4 l'adozione di modelli gestionali ed organizzativi adeguati all'evoluzione sociale, epidemiologica, scientifica e dei sistemi di cura;

**G. *la partecipazione dei cittadini e della società civile, mediante:***

- g.1 il riconoscimento del diritto del cittadino e della famiglia a scegliere liberamente i soggetti erogatori, nonché, nel rispetto del principio di appropriatezza, le modalità e le forme di assistenza in caso di bisogno;
- g.2 la valorizzazione della partecipazione dei soggetti istituzionali e sociali, delle famiglie e delle persone;
- g.3 la conferma del ruolo del terzo settore;
- g.4 lo sviluppo di un sistema di comunicazione istituzionale.

### **3 GOVERNO DEL SSSR**

#### **3.1 Programmazione**

Gli strumenti di programmazione e le rispettive titolarità sono stati individuati e definiti dalla normativa nazionale e regionale, ma la loro adozione a livello complessivo di sistema incontra ancora ostacoli di tipo sia culturale, essendo ancora radicato l'approccio della gestione individualistica con cui si rincorrono le emergenze, sia tecnico, non essendo ancora sufficienti. le conoscenze, le competenze e le tecniche di programmazione strategica, attuativa ed operativa

Finalità generali sono:

- la garanzia di un Servizio Socio Sanitario Regionale che risponda alle caratteristiche peculiari del territorio di riferimento in termini di bisogni ed approcci culturali, politici ed organizzativi e che offra risposte omogenee su tutto il territorio regionale;
- la promozione del collegamento, dell'integrazione e dell'allineamento fra i diversi documenti programmatori in senso sia verticale sia orizzontale attraverso un approccio dinamico di circolarità degli input;
- il contributo al mantenimento del carattere unitario del Servizio Sanitario Nazionale nel nuovo contesto istituzionale delineato dalla riforma del Titolo V della Costituzione.

Rispetto al quadro del processo di programmazione prefigurato dalla normativa nazionale e regionale, emergono alcuni nodi critici nell'attuazione pratica e nella messa a regime a livello regionale.

In particolare, esistono evidenti e importanti disomogeneità fra le diverse UU.LL.SS.SS. in riferimento ai seguenti elementi:

- l'adozione sistematica degli strumenti di programmazione a livello locale, soprattutto il Piano Attuativo Locale e della programmazione delle attività territoriali su base annuale;
- l'allineamento di questi fra di loro e rispetto alla programmazione regionale in termini di contenuti e tempi di validità;
- il processo di elaborazione dei documenti programmatori.

Queste disomogeneità sono riconducibili sostanzialmente a due ordini di fattori: da una parte l'oggettiva debolezza della regia unitaria regionale e dall'altra la diversa sensibilità e determinazione delle Direzioni Aziendali nei confronti della programmazione cui si accompagna un diverso investimento per acquisire le conoscenze e le competenze richieste al fine di avviare e mantenere vivo il processo di programmazione.

A fronte delle criticità emergenti la Regione si pone l'obiettivo generale di rilanciare la programmazione come metodo consapevole, diffuso ed integrato per il governo, l'organizzazione e la gestione del sistema socio sanitario a tutti i livelli di responsabilità.

A tal fine **la Regione intende rafforzare la sua funzione di indirizzo, coordinamento, controllo e supporto tecnico** alle Aziende attraverso le seguenti azioni prioritarie:

- la ridefinizione organica ed integrata del processo di programmazione regionale per quanto riguarda sia la definizione dei diversi strumenti e delle relative funzioni sia l'individuazione delle interrelazioni e dei collegamenti fra gli stessi;
- l'elaborazione e la diffusione delle linee guida per la predisposizione del Piano Attuativo Locale e della programmazione delle attività territoriali su base annuale, coerenti ed integrate con quelle già esistenti sui Piani di Zona dei servizi alla persona, tenendo conto delle pratiche innovative già sperimentate sia in Veneto sia in altre regioni;
- il monitoraggio dell'attuazione del processo di programmazione a livello locale attraverso l'acquisizione, l'analisi e il feed-back sui principali documenti programmatori in un'ottica non solo di controllo sugli adempimenti amministrativi ma di supporto alle Aziende per lo sviluppo del processo di programmazione.

## 3.2 Organizzazione

### 3.2.1 Strutture di Governo Regionale

La riforma del Titolo V della Costituzione ha portato ad un punto di non ritorno il processo di trasferimento delle competenze sanitarie alle Regioni: infatti, sono ormai chiari e definiti i contenuti sui quali la Regione esprime la propria autonomia decisionale, in virtù dell'impianto normativo vigente (PSN, DPCM sui LEA, D.Lgs. n.229/99, Accordi stipulati nella Conferenza Stato-Regioni).

La richiamata evoluzione in senso federalista del rapporto Stato-Regioni in materia sanitaria e socio sanitaria e il parallelo sviluppo dei processi di decentramento amministrativo, di cui alla L.R. 11/2001, comportano sempre più che le leggi regionali dovranno limitarsi a definire obiettivi, strumenti e risorse, lasciando a successivi e diversi strumenti la loro puntuale attuazione a livello organizzativo, gestionale ed operativo. In tale contesto la Regione deve potenziare la sua funzione di programmazione, indirizzo, coordinamento e controllo, di relazione con gli enti locali e le forze sociali, responsabilizzando i soggetti sui risultati. L'obiettivo generale è rendere omogeneo e flessibile il sistema.

Il ruolo della Regione rispetto al sistema di Aziende ha visto emergere nell'ultimo decennio la necessità di un ridisegno dell'apparato amministrativo regionale e degli strumenti di governo del sistema, esigenza cui si è cercato di far fronte anche tramite la creazione di Agenzie, quale quella istituita nel Veneto il 29.11.2001 con legge n. 32.

Sulla base di quanto già impostato dalla Giunta Regionale negli ultimi anni, **si propone di potenziare e qualificare la struttura di governo regionale**, costituita dalla Segreteria Regionale Sanità e Sociale e dalle Direzioni regionali afferenti, rafforzandone il ruolo guida nei confronti delle Aziende UU.LL.SS.SS e Ospedaliere.

La Segreteria Regionale Sanità e Sociale, secondo le indicazioni della Giunta, nell'ambito di quanto previsto dalla legge istitutiva dell'ASSR, indirizza le attività dell'Agenzia con le funzioni esercitate dalle Direzioni e, dal punto di vista organizzativo, prevede forme di raccordo per la condivisione delle attività in essere che si accompagnino ad una

definizione coordinata dei rispettivi ambiti di responsabilità, tale da permettere l'ottimizzazione nell'uso delle risorse.

L'approccio di gestione è quello di una Regione capogruppo e di Aziende UU.LL.SS.SS autonome ma fortemente legate alla capogruppo tramite processi di indirizzo e vigilanza gestionale ed economica.

Il Direttore generale procede alla nomina diretta dei Direttori Amministrativo, Sanitario e Sociale e si avvale di loro per l'afferenza direzionale rispettivamente dei dipartimenti amministrativi, dei servizi e dipartimenti ospedalieri, nonché del dipartimento di prevenzione, dei servizi e dipartimenti territoriali.

Compito della Regione è interpretare il sistema sanitario come un network di aziende, cioè come un aggregato di soggetti territoriali e centrali volti alla coproduzione di risultati, e raggiungere livelli sempre più elevati con riguardo particolare all'introduzione delle soluzioni organizzative meno costose ed alla destinazione delle risorse regionali alle attività più appropriate per i cittadini.

Il **governo del sistema garantito dalla Giunta Regionale deve coinvolgere tutte le strutture tecniche di supporto alle Direzioni Regionali**, oltre all'Agenzia Regionale Socio Sanitaria, anche i Coordinamenti Regionali, i Centri Regionali di Riferimento e gli osservatori regionali in ambito socio-sanitario, in considerazione del ruolo strumentale che gli stessi svolgono quali fornitori di strumenti e parametri su cui si basa la Regione per il governo del sistema stesso.

La Segreteria Regionale Sanità e Sociale promuoverà un programma di razionalizzazione dell'attuale rete dei Coordinamenti Regionali e dei Centri Regionali di Riferimento, al fine di rafforzarne ed integrarne l'azione all'interno degli indirizzi della programmazione regionale.

Questo si realizza uniformando le regole di conduzione dei predetti, fornendo, pur nel rispetto delle specifiche missioni e dei diversi obiettivi, un modello organizzativo e gestionale comune, che razionalizzi le architetture e favorisca e agevoli l'integrazione e lo scambio fra i Centri.

### **3.2.2 Area Vasta**

La situazione attuale, caratterizzata da scarsità di risorse dovuta a tensioni sul versante della finanza pubblica, nonché da costi crescenti derivanti sia dal notevole progresso tecnologico e scientifico, sia dall'aumento dell'età media della popolazione accompagnato dal consolidarsi di elementi di cronicità, obbliga al perseguimento della massima efficienza del Servizio Socio Sanitario Regionale e ad una **radicale ottimizzazione delle attività gestionali**. I benefici che tale processo può apportare sono molteplici: conseguimento di economie di scala, semplificazione delle procedure, sviluppo di attività integrate, razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi, individuazione di percorsi assistenziali omogenei, certi e disponibili su tutto il territorio regionale (equiaccessibilità), riduzione delle liste di attesa, eliminazione delle prestazioni ripetitive ed inutili; infine, integrazione delle conoscenze e sviluppo delle competenze professionali e tecniche dei gruppi (medici ed infermieri o tecnici) coinvolti.

La **razionalizzazione delle attività sanitarie** e la conseguente, più efficiente allocazione delle risorse finanziarie permetteranno, inoltre, di liberare risorse da reinvestire in attività di provata utilità collettiva ed in particolare nell'innovazione tecnologica. Il suddetto processo di razionalizzazione interesserà, cioè, anche l'ambito clinico con la costituzione

di aree vaste di cardiocirurgia, di chirurgia vascolare, in particolare endoluminale, toracica e neurochirurgica. Per altre specialità, tra cui la cardiologia interventistica, si dovrà provvedere alla differenziazione della rete dei centri secondo criteri di livello.

La sfida è quella di attivare economie di scala (servizi di eccellenza che servono i cittadini di più UU.LL.SS.SS.) ed economie di condivisione (gli stessi servizi di supporto servono più aziende).

Il conseguimento dell'obiettivo passa inevitabilmente attraverso la razionalizzazione delle strutture erogatrici, da realizzarsi secondo procedure e modalità definite dalla Giunta Regionale.

Il processo dovrebbe essere accompagnato da una conseguente ottimizzazione e razionalizzazione dei macrosistemi erogativi nell'ambito dei quali indicare anche con gli erogatori privati la risposta quali-quantitativa alla domanda di prestazioni che il SSSR deve gestire complessivamente nel territorio regionale.

A livello di area vasta le Aziende collaborano e si integrano tra loro attraverso modelli quali:

- accordi generali tra aziende contigue;
- linee progettuali in grado di coinvolgere più aziende;
- strutturazione di dipartimenti interaziendali;
- accordi integrativi su funzioni di livello regionale.

Tali strumenti consentono di sviluppare ulteriormente obiettivi comuni a livello di pianificazione strategica, di coordinare attività in alcuni ambiti sanitari, di formazione del personale e di gestione di rapporti con le Università e con le Aziende Ospedaliere, di gestire alcune funzioni nell'area dei servizi al fine di giungere ad innovazioni gestionali.

### **3.2.3 Il ruolo dell'Università**

In data 14 dicembre 2006 si è giunto a definire, nel rispetto del quadro sopra descritto, una Pre Intesa per la stipula del "Protocollo di Intesa tra Regione Veneto e le Università degli Studi di Padova e Verona – Le Aziende Ospedaliere Universitarie Integrate (AOUI)", grazie alla quale le Aziende Ospedaliere e le Università – Facoltà di Medicina e Chirurgia, Facoltà di Psicologia e Facoltà di Scienze della Formazione che operavano in un regime di convenzione, diventano una realtà unica ed integrata, non solo per le funzioni svolte, ma anche a livello giuridico.

Il Protocollo in oggetto disciplina in modo innovativo i rapporti tra Regione ed Università in merito all'organizzazione ed al funzionamento delle Aziende Ospedaliere-Universitarie **al fine di assicurare l'integrazione tra l'attività assistenziale, di ricerca e di didattica.**

I principi su cui si fonda sono:

- il miglioramento del servizio pubblico di tutela della salute e il perseguimento dell'assistenza di eccellenza;
- il miglioramento della qualità dei processi formativi;
- lo sviluppo delle ricerca biomedica e della innovazione tecnologica;
- la paritaria valorizzazione delle funzioni e delle attività del personale ospedaliero e del personale universitario;

- la compartecipazione, attraverso la corresponsabilizzazione, dei risultati di gestione delle AOUI;
- la collaborazione nei rapporti tra Servizio Sanitario e Università e la partecipazione delle Università alla programmazione sanitaria regionale, nonché attività di ricerca e di formazione.

In modo particolare, per quanto concerne le modalità di partecipazione delle Università degli Studi di Padova e Verona all'attività di programmazione sanitaria regionale, si evidenzia che le Università contribuiscono all'elaborazione del Piano Socio Sanitario ed alla definizione degli indirizzi di politica sanitaria, di ricerca e di formazione in particolare per gli aspetti concernenti le strutture e le attività assistenziali essenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca; per le restanti parti del Piano Socio Sanitario, la Regione acquisisce il parere delle Università per le materie indicate nel Protocollo di Intesa.

Inoltre, le Università concorrono ad individuare le modalità di applicazione per gli aspetti relativi a: Centri di Eccellenza Universitari e Poli Universitari di sviluppo assistenziale, didattico e scientifico; Unità Operative di elevata specializzazione; identificazione e accreditamento delle strutture per la formazione nell'ambito medico e delle professioni sanitarie; attività di sviluppo nell'ambito della ricerca e della ricerca biomedica; elaborazione dei criteri per l'acquisizione e dislocazione delle attrezzature sanitarie ad elevata tecnologia.

### **3.2.4 Sperimentazioni gestionali a valenza istituzionale**

La necessità di far evolvere il modello veneto dalla gestione unitaria dei servizi sanitari e sociosanitari in capo all'Azienda ULSS alla ricerca di soluzioni idonee a **favorire la gestione unitaria di tutti i servizi alle persone**: sociali, sociosanitari e sanitari, conduce alla proposta, nel presente Piano, di attuare delle sperimentazioni gestionali a valenza istituzionale.

Questo traguardo, infatti, non può essere raggiunto pensando semplicemente ad ulteriori deleghe di gestione alle UU.LL.SS.SS., ma più verosimilmente mediante la costituzione di un "nuovo soggetto" gestionale dove far confluire competenze e responsabilità regionali in materia sanitaria e competenze e responsabilità comunali in materia sociale, nonché quelle di altri soggetti pubblici operanti a livello locale. Queste sperimentazioni gestionali a valenza istituzionale potranno essere realizzate avvalendosi di una o più delle attuali Aziende UU.LL.SS.SS., che per il periodo della sperimentazione diventano enti strumentali della Regione e dei Comuni.

Alla realizzazione della sperimentazione potranno concorrere eventuali altri soggetti pubblici presenti nel territorio ed operanti nei servizi sociali, socio assistenziali, socio-educativi e socio-sanitari.

La Giunta Regionale individua gli Enti e gli ambiti territoriali delle sperimentazioni gestionali a valenza istituzionale, autorizza le Aziende UU.LL.SS.SS. interessate ad avviare i programmi di sperimentazione e definisce le modalità di organizzazione, di funzionamento e di finanziamento delle stesse.

Nelle more e parallelamente alle sperimentazioni gestionali a valenza istituzionale, il piano si propone di rilanciare il modello veneto di stato sociale attraverso l'evoluzione da un modello di gestione dell'integrazione debole e variabile in ciascun ambito locale, ad uno

invece che preveda in tutto il territorio regionale, secondo le forme concertative di cui al d.lgs. n.267/2000, una gestione unitaria ed uniforme in capo ad unico soggetto l'Azienda U.L.S.S. delle attività del sistema integrato di interventi e di servizi alla persona che interessano l'integrazione socio sanitaria (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria).

### **3.3 Strumenti di governo**

#### **3.3.1 Politiche per la qualità**

Tra i professionisti, i cittadini e i rappresentanti politici del Veneto è opinione diffusa che la qualità dei servizi sanitari erogati sul territorio della nostra Regione sia in generale buona, ed in alcuni casi eccellente. Simili riconoscimenti provengono anche da organizzazioni nazionali ed internazionali. Tuttavia, come per ogni altro aspetto della realtà, è impossibile stabilire con precisione la qualità dei servizi offerti in assenza di una misurazione sistematica dei risultati e dei processi dell'assistenza e senza benchmarking, senza cioè confrontarsi con altre realtà nazionali e internazionali già riconosciute come modelli da imitare.

Obiettivo generale del PSSR 2007-2009 è il miglioramento della qualità dei servizi socio sanitari erogati nella Regione Veneto, mediante:

- il completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento quale processo di valutazione e di misurazione, non autoreferenziale, atto a garantire standard qualitativi omogenei su tutto il territorio regionale da parte degli erogatori che operano per conto del SSSR;
- il consolidamento delle iniziative di miglioramento della qualità e l'implementazione del programma regionale di accreditamento di eccellenza che offra l'opportunità alle organizzazioni socio sanitarie pubbliche e private di adottare, su base volontaria, principi e metodi di miglioramento continuo della qualità, validati a livello internazionale, che coinvolgano queste organizzazioni a tutti i livelli, da quello strategico a quello operativo;
- la standardizzazione dei sistemi gestionali, la riduzione della variabilità statistica dei processi clinici e manageriali, la gestione del personale tenendo conto delle dimensioni psicologiche relative alla motivazione, alle dinamiche di gruppo e alla gestione dei conflitti, utilizzando gli strumenti del Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ);
- l'utilizzazione al meglio delle potenzialità della tecnologia informatica in modo che i dataset sanitari già disponibili siano impiegati per elaborare informazioni rilevanti per i vari livelli decisionali: politico, gestionale e clinico;
- la messa in atto di una strategia complessiva di sicurezza per i pazienti e gli operatori, integrando informazioni di routine (es. reclami dei pazienti, eventi avversi, esiti di processi assistenziali) ed inchieste mirate.

La Regione definisce le strategie ed attiva un coordinamento strategico per sostenere le Aziende Ospedaliere e UU.LL.SS.SS, in particolare i referenti per la qualità e gli URP, assicurando omogeneità di intenti e metodi.

L'Agenzia Regionale Socio Sanitaria (ARSS) ha la responsabilità per la formulazione, il coordinamento e la valutazione di politiche, strategie e programmi di promozione della qualità.

A livello delle Aziende Ospedaliere e UU.LL.SS.SS, la responsabilità per la promozione della qualità è assegnata ad un Referente per la qualità della Direzione Generale.

### **3.3.2 Gestione delle risorse umane**

L'obiettivo principale dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) è consentire al professionista di mantenere elevata la sua professionalità, individuando i numerosi soggetti che a vario titolo entrano nel processo di formazione. Le prospettive sono dunque quelle di un potenziamento delle attività in materia di ECM, che dovranno acquisire carattere stabile anche in considerazione del fatto che durante il primo anno (gennaio 2005 – gennaio 2006) il nuovo sistema ECM Veneto ha di fatto accreditato la quasi totalità dell'offerta formativa effettuata dalle Aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere del Veneto.

Si sono individuate le seguenti azioni prioritarie:

- lo studio e la realizzazione, anche con supporto informatico, di una metodologia per la rilevazione dei fabbisogni formativi delle professioni sanitarie operanti nella Regione;
- la costituzione in rete formativa delle Aziende Sanitarie;
- la realizzazione di eventi informativi e di promozione per l'utilizzo della formazione a distanza.

Sono stati individuati alcuni strumenti operativi quali:

- la Consulta delle Professioni Sanitarie;
- la Commissione Regionale ECM;
- il Comitato tecnico scientifico del Centro Regionale di Riferimento per la Formazione Continua in Medicina (ECM).

La Giunta Regionale ha, inoltre, posto le basi per l'avvio ufficiale della fase sperimentale della formazione sul campo (FSC) e per l'avvio della fase a regime della Formazione Residenziale.

Ulteriore obiettivo è la realizzazione di un'anagrafica regionale dei professionisti della salute coinvolti nel sistema ECM del Veneto con la registrazione dei rispettivi percorsi formativi accreditati dalla Commissione Regionale ECM.

***Nessuna politica per la qualità è sostenibile senza lo sviluppo di adeguate e parallele politiche per il personale.***

Conseguentemente si propone la realizzazione di una serie di azioni:

- la definizione di una gestione della politica del personale;
- la razionalizzazione dell'organizzazione del personale;
- lo sviluppo di una maggiore razionalizzazione ed efficienza dell'attività ed il contenimento della spesa;
- la riduzione dei contenziosi e l'implementazione della contrattazione integrativa;
- il miglioramento dell'azione di monitoraggio.

### **3.3.3 Ricerca e innovazione**

In un'ottica di promozione della salute, l'attività di ricerca ricopre un ruolo primario ed è pertanto vista come il modo più concreto per aumentare la conoscenza e la capacità operativa del sistema e la sua efficacia in termini di miglioramento di salute della popolazione.

L'innovazione tecnologica è volta a determinare cambiamenti nell'organizzazione e nel funzionamento del sistema e, a sua volta, l'organizzazione e il funzionamento del sistema condizionano il grado, il livello e la direzione dell'innovazione tecnologica. Tale processo bidimensionale, in quanto motore dell'innovazione dei sistemi sanitari, comporta investimenti finanziari ma anche sviluppo di competenze professionali.

**L'innovazione, infatti, non è mai soltanto tecnologica; è sempre anche organizzativa e spesso istituzionale** e mette in discussione anche alcune scelte di programmazione.

L'insufficiente livello di integrazione dei sistemi, sia dal punto di vista tecnico sia dal punto di vista organizzativo richiede la definizione di standard di natura tecnologica per l'integrazione dei sistemi informatizzati e di natura funzionale relativi ai contenuti specifici delle diverse comunicazioni.

Obiettivi generali che la Regione si propone di raggiungere per quanto concerne la ricerca e l'innovazione sono:

- il coordinamento e la pianificazione dell'attività dei soggetti interessati, al fine di sfruttare nel migliore dei modi l'opportunità delle risorse messe a disposizione dalla stessa Regione del Veneto, dal Ministero della Salute (Ricerca Finalizzata Nazionale ex art. 12 D.Lgs. n. 502/92), dalla Commissione Ricerca e Sviluppo dall'AIFA (fondi per la ricerca indipendente) e dall'Unione Europea (VII Programma Quadro);
- il processo di valutazione per la sostituzione e l'introduzione delle nuove tecnologie sanitarie (Health Technology);
- la misurazione della validità e della sicurezza delle tecnologie sanitarie, garantendo un piano continuativo ed integrato di Health Technology Assessment (HTA);
- il sostegno all'innovazione di sistema attraverso forme di sperimentazione gestionale, realizzabili attraverso partnership a diversi livelli e/o tra diversi attori (pubblici-privati);
- l'investimento nell'Information e Communication Technology (ICT).

### **3.3.4 Sistema informativo socio sanitario**

Un ragionamento maturo sulle prospettive del sistema informativo socio sanitario non può che muovere dalla considerazione congiunta delle esigenze dei livelli aziendale e regionale.

Il Piano intende perseguire i seguenti obiettivi generali:

- la valorizzazione del Sistema Informativo di governo della Regione nella sua capacità di costituire il supporto per le attività di analisi dell'outcome delle attività sanitarie e dell'appropriatezza dei processi di erogazione;
- il miglioramento sia dei livelli di efficacia e funzionalità del sistema informativo a supporto degli utenti esterni ed interni (cittadini ed operatori), sia dei livelli di efficienza ed economicità del sistema complessivo.

Pur nella consapevolezza del diverso ambito di competenze dei due domini, è ormai consolidata l'idea che una stretta correlazione tra gli obiettivi di evoluzione del sistema di governo, per le funzioni di programmazione e controllo, e le strategie di potenziamento e razionalizzazione dei sistemi delle aziende sanitarie, a supporto dei processi operativi di erogazione delle prestazioni, costituisca una condizione necessaria sia per l'acquisizione di informazioni affidabili e pertinenti per le attività di valutazione, sia per la definizione coerente e condivisa del sistema di regole semantiche che compone l'infrastruttura informativa dei sistemi applicativi aziendali.

Pertanto, se da un lato occorre assicurare che nella progettazione delle componenti del sistema di governo le informazioni previste trovino corrispondenza nelle basi-dati popolate a livello aziendale mediante le applicazioni operative di tipo transazionale (come condizione per un'effettiva consistenza del patrimonio informativo acquisito), dall'altro, nella definizione delle nuove funzioni dei sistemi applicativi di gestione, va assicurata, pur nel rispetto di eventuali specificità locali, l'adozione di sistemi di definizione dei dati e di codifica condivisi a livello regionale, quale presupposto per la comparabilità delle informazioni.

### **3.3.5 Collaborazioni a livello internazionale**

La strategia politica regionale a livello comunitario continuerà ad essere finalizzata a portare la sanità veneta in Europa attraverso un piano di azione basato sull'apertura e sul confronto con le migliori esperienze sanitarie internazionali, mirando a far dialogare la dimensione territoriale ed operativa degli amministratori e managers locali con la visione internazionale e multicentrica dell'UE e delle principali agenzie internazionali OMS, Unicef, etc).

La strategia politica viene attuata e sviluppata attraverso il perseguimento dei seguenti obiettivi generali:

- la realizzazione del decentramento e una sempre maggiore valorizzazione delle competenze politiche ed amministrative del livello regionale, così come attribuitogli dalla normativa nazionale, per il coinvolgimento delle regioni nel processo decisionale comunitario;
- lo sviluppo di un'ampia e diffusa partecipazione alle azioni e ai programmi in materia di salute pubblica, di ricerca biomedica e dei servizi sociali della UE, favorendo i partenariati con tutti gli Stati membri e con i paesi candidati;
- la creazione del più ampio partenariato europeo e più in generale internazionale a livello sia tecnico sia politico, anche utilizzando le opportunità derivanti dalla presenza di personale dedicato presso la sede della Regione del Veneto a Bruxelles;
- l'assistenza ai cittadini veneti all'estero per i bisogni di tipo sia sanitario sia sociale.

### **3.3.6 Comunicazione e partecipazione dei cittadini**

La **comunicazione si configura come una dimensione essenziale della partecipazione**, processo attraverso cui il cittadino – soggetto attivo, portatore di diritti ed interessi di valore – interviene, contribuendo a definire le decisioni e le azioni che riguardano la comunità.

Pertanto, il miglioramento della comunicazione con i cittadini, ad ogni livello, a garanzia dell'appropriatezza e della tenuta delle scelte che riguardano la salute e l'assistenza sanitaria, nel rispetto dei diritti individuali e degli interessi della collettività, con un impatto positivo sulla qualità, l'accessibilità e i costi dei servizi sanitari, assume un ruolo di particolare rilievo.

La Regione si pone come obiettivo generale il coordinamento e il controllo di tre aree:

- l'informazione e la comunicazione;
- la partecipazione al miglioramento del servizio sanitario;
- l'individuazione di un sistema di autovalutazione della rete dei servizi.

Emerge con forza la centralità comunicativa dell'URP, luogo privilegiato per l'ascolto e la comunicazione con i cittadini in sanità e della funzione di comunicazione dei Centri Unici di Prenotazione (CUP) o degli altri uffici, strutture e modalità messe a disposizione dei cittadini per le prenotazioni.

## 4. GARANZIA DEI LIVELLI DI ASSISTENZA

### 4.1 Livelli di assistenza sanitaria, socio sanitaria e sociale

Il livello di assistenza è definito come un diritto individuale, con pari opportunità, all'accesso e alla fruizione di interventi e prestazioni appropriate e anche come uno standard di prestazioni da garantire su un determinato territorio, per una determinata popolazione.

Il concetto di livello di assistenza può essere così sostanziato:

- un insieme di azioni che vedono concorrere sul piano finanziario i Comuni, le Regioni e lo Stato;
- il diritto da parte del cittadino di essere destinatario delle azioni che concorrono a determinare i livelli essenziali;
- la necessità che tali azioni abbiano una distribuzione territoriale attenta alle possibilità che i cittadini possano accedere ai servizi.

Possono essere previste ipotesi di assistenza integrativa al fine di coprire i fabbisogni emergenti della popolazione per prestazioni sanitarie già ora escluse dai LEA o che in futuro il SSSR potrebbe porre a carico dell'assistito (tramite fondo regionale a prezzi concordati con le strutture).

Obiettivi generali del PSSR sono:

***a) garantire in modo uniforme su tutto il territorio regionale i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001 e successive modifiche ed integrazioni, i livelli aggiuntivi regionali stabiliti dalla normativa regionale e assicurare il loro raggiungimento coerente con le modifiche ed integrazioni che dovessero essere apportate dalla disciplina nazionale, attraverso:***

- la definizione e migliore specificazione delle prestazioni erogabili con particolare riferimento ai LEA sociosanitari, valutandone la sostenibilità finanziaria e definendo le modalità di ripartizione dei costi tra i diversi soggetti coinvolti, inclusi gli utenti;
- la modulazione dell'erogabilità delle prestazioni in funzione dell'appropriatezza, riducendo la domanda impropria e rafforzando tutti quegli strumenti che possono indurre maggiore appropriatezza (percorsi diagnostico-terapeutici; continuità terapeutica tra medicina di base/specialistica/ospedale; modalità omogenee di valutazione multidimensionale e classificazione del bisogno; budget del medico di medicina generale con reali verifiche sull'appropriatezza prescrittiva, etc.);
- la promozione dell'appropriatezza, intesa come erogazione della prestazione più efficace a soddisfare un bisogno accertato con il minor impiego di risorse al fine di perseguire un'equa erogazione delle medesime;
- il riequilibrio nella distribuzione territoriale dell'offerta salvaguardando e armonizzando il principio di equità nell'accesso, che depone a favore di una frammentazione dell'offerta,

con quello della qualità, che, nel caso di prestazioni ad elevato contenuto tecnologico e professionale, esige una concentrazione della stessa;

- il monitoraggio dei livelli di garanzia dei LEA a livello aziendale, in particolare di quelli sociosanitari, finalizzato anche alla correlazione degli stessi con gli obiettivi di salute prefissati, e conseguente messa in atto di azioni tese a superare eventuali situazioni di disparità rilevate sul territorio regionale;

***b) definire e garantire su tutto il territorio regionale i livelli regionali delle prestazioni sociali per tutte le aree che vedono interessate le persone, le famiglie e la comunità attraverso:***

- l'assunzione di logiche e strategie incrementali imposte dalla complessità del compito di definire i livelli essenziali, data dalla carenza di informazioni articolate sulle risorse finanziarie, organizzative, professionali, dalla varietà dei bisogni e dalla diversa dotazione di risorse dei territori, nonché dalla pluralità dei sistemi istituzionali e organizzativi chiamati a realizzarle;
- l'attribuzione di priorità ai soggetti in condizioni di povertà, con limitato reddito, con incapacità totale o parziale di provvedere alle proprie esigenze per inabilità fisiche o psichiche, pur confermando l'accesso universale alle prestazioni sociali;
- la definizione, con il coinvolgimento delle Conferenze dei Sindaci, di sistemi di finanziamento su base capitaria ponderata che rendano le prestazioni e gli interventi identificati dai livelli essenziali di assistenza sociale effettivamente esigibili;
- il potenziamento degli interventi per le persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali, rivalutando le politiche domiciliari rispetto all'approccio residenziale, con conseguente riallocazione delle risorse;
- lo sviluppo di un sistema informativo distribuito e integrato, accessibile al cittadino, per monitorare le prestazioni erogate, evidenziando eventuali fenomeni di assorbimento improprio di risorse, disomogeneità e scoperture al fine di operare le necessarie rettifiche;
- il monitoraggio dei livelli regionali delle prestazioni sociali finalizzato in primo luogo alla "manutenzione" degli stessi per garantire la corrispondenza ottimale con i bisogni della popolazione target, nonché con l'evoluzione nel tempo dei bisogni stessi. Il monitoraggio è anche finalizzato alla loro quantificazione in modo da consentire di passare dalla mera enunciazione di un elenco di prestazioni dovute alla determinazione di una quantità ben definita di prestazioni da produrre in relazione al target di riferimento.

La Regione del Veneto non intende sostituirsi allo Stato nelle determinazioni previste dall'art. 117 lettera m) della Costituzione, ma individuare e riconoscere le prestazioni sociali da garantire in modo omogeneo sul territorio regionale in attesa del provvedimento governativo in merito ai livelli essenziali delle prestazioni sociali.

Per la definizione dei livelli regionali delle prestazioni sociali la Regione del Veneto adotta gli stessi principi e criteri che hanno ispirato la definizione dei LEA.

## 4.2 Prevenzione e promozione della salute

Con i piani triennali settoriali e con le linee guida di organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione è stato avviato un processo articolato che dilata la programmazione delle attività di prevenzione al di là dei confini delle attività tradizionali dei precedenti servizi confluiti nei Dipartimenti di Prevenzione, all'interno dell'organizzazione sanitaria regionale e all'esterno dell'area sanitaria, coinvolgendo le altre direzioni regionali e le articolazioni amministrative locali quali i Comuni e le Province.

I programmi di prevenzione e di promozione della salute richiedono il pieno coinvolgimento di linee operative tradizionalmente collaterali ai servizi specializzati in prevenzione quali i medici ed i pediatri di libera scelta, gli specialisti convenzionati ed i medici ospedalieri e la messa in campo, nella programmazione regionale di leve incentivanti quali la concessione di crediti formativi e i patti aziendali.

Allo stesso modo determinante è la definizione di un atteggiamento organico di collaborazione con i settori esterni al mondo sanitario, le cui politiche incidono però in misura significativa sulla salute della popolazione (urbanistica, trasporti, edilizia civile, scuola, etc.).

Nella definizione delle politiche regionali di prevenzione e promozione della salute particolare attenzione è data al documento "Prevenzione attiva" (Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007) che indirizza l'area della prevenzione alle nuove emergenze epidemiologiche (patologie cardio-cerebro-vascolari, patologie tumorali prevenibili con screening, diabete, obesità, incidentalità negli ambienti di vita e di lavoro) con modalità innovative (promuovere attivamente la prevenzione coinvolgendo tutti i possibili attori del sistema).

L'azione di rinnovamento in corso ha trovato i suoi punti di forza nel coinvolgimento dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie nella pianificazione, nella co-gestione tecnico-scientifica, nell'identificazione di responsabilità precise con il trasferimento delle necessarie risorse per l'attuazione dei programmi nel territorio.

## 4.3 Assistenza territoriale

### 4.3.1 Distretto Socio Sanitario

La combinazione che si manifesta tra la presenza di bisogni sempre più complessi e ***l'esigenza di strutturare nel territorio una risposta globale e completa sulle 24 ore (h 24)***, richiede un'organizzazione di "rete" a maglie molto strette da realizzarsi a livello distrettuale, inteso come ambito privilegiato per l'integrazione dei servizi e della risposta ai bisogni.

Attualmente, ***il territorio della Regione è suddiviso in 53 distretti socio-sanitari*** con una media di popolazione pari a 86.366 residenti per distretto.

Le aree nelle quali più si rende necessario investire nel prossimo triennio per l'affermarsi di un effettivo modello a rete riguardano principalmente la rete "interna" all'Azienda e la rete Azienda ULSS e Comuni.

Per quanto riguarda la rete "interna" all'Azienda, gli aspetti qualificanti che verranno a rappresentare i cardini della costituzione e dello sviluppo di un Distretto Socio Sanitario

adeguato al compito affidato al sistema delle “cure primarie” possono essere così sintetizzati:

- l'adempimento dei dettami della DGR n. 3242/01 che individua la diversificazione delle responsabilità, l'esercizio dei ruoli, le strutture gestionali e i modelli operativi da sviluppare per tradurre l'adempimento in efficace risposta ai bisogni di integrazione dell'offerta e governo della domanda;
- la promozione dell'integrazione professionale tra le varie componenti nel riconoscimento reciproco dei ruoli;
- lo sviluppo della capacità di mappatura e ricognizione dei bisogni espressi dal territorio e ciò anche potenziando i sistemi informativi aziendali;
- l'utilizzo dello strumento di budget non come mero adempimento formale ma come processo di negoziazione degli obiettivi e delle risorse disponibili;
- il riconoscimento del Distretto come “luogo” più vicino alla popolazione e di primo accesso per l'utenza, potenziando la relazione con la famiglia anche sotto l'aspetto qualitativo e non soltanto di adempimento;
- il riconoscimento del Distretto come “snodo” della comunità locale e, quindi, luogo privilegiato per sviluppare relazioni funzionali con la rete degli attori locali (comuni, case di riposo, volontariato), perno della progettualità e della programmazione locale;
- il coordinamento delle attività e della programmazione in sinergia con l'ospedale e con il dipartimento di prevenzione;
- l'adeguamento e la qualificazione delle professionalità interne, anche attraverso la formazione continua, al fine di ampliare la cultura del lavoro in team multiprofessionali e di adottare modelli di lavoro a rete;
- la messa a punto di strumenti di governo condivisi con la medicina convenzionata e con le istituzioni che assicurino la capacità di garantire una gestione h 24 della risposta ai bisogni socio sanitari del territorio di competenza nonché la continuità di cura in particolare nella dimissione e/o nella ammissione ospedaliera dei propri utenti;
- la gestione integrata dell'offerta di residenzialità e semiresidenzialità per anziani, disabili e minori quali supporto fondamentale per una risposta “modulata” ai bisogni con inserimenti sia temporanei sia definitivi “governati” di comune accordo all'interno di processi trasparenti ed equi;
- lo sviluppo della programmazione delle attività territoriali, per il singolo distretto con un primo utilizzo della capacità di mappatura e ricognizione dei bisogni espressi dal territorio finalizzando i sistemi informativi aziendali esistenti, con valenza annuale e applicativo del Piano Attuativo Locale e del Piano di Zona dei servizi alla persona.

Per quanto riguarda la rete tra Azienda ULSS e Comuni l'obiettivo generale dell'integrazione fra Azienda e Comuni va perseguito proseguendo nella strada intrapresa dalla Regione Veneto già con il precedente Piano Socio-Sanitario e successivamente ribadita con la L. 328/2000. Lo sforzo di programmare l'assetto dei servizi nell'ambito del Piano di Zona risulta irrinunciabile e va attuato attraverso:

- la stesura, in ogni Azienda ULSS, di piani a valenza pluriennale e programmi di intervento che vedano sempre più coinvolti i soggetti della rete e finalizzati a garantire uno sviluppo coerente ed economicamente sostenibile dei servizi alla persona;

- la ricerca di sinergie con gli altri settori di governo complessivo della comunità ponendo in luce le evidenze socio sanitarie in ambiti quali l'urbanistica, la viabilità, l'economia, la cultura ecc. delle comunità locali;
- lo sviluppo dell'integrazione informativa come strumento privilegiato per una reale integrazione operativa che si può realizzare a partire dall'impiego ordinario ed esteso a tutte le tipologie di bisogno delle Unità Valutative Multidimensionali Distrettuali (UVMD);
- la garanzia di più ampie forme di partecipazione delle comunità locali al fine di superare le logiche di autoreferenzialità dei servizi elaborando ed individuando anche altre forme di valutazione a cui far riferimento;
- lo sviluppo a livello sperimentale, di modelli organizzativi ed operativi per la realizzazione di uno "sportello unico socio sanitario" che consenta di gestire la presa in carico dei bisogni del paziente e della sua famiglia senza che sia l'utente a cercare di interconnettere una serie di entità separate;
- la sperimentazione della "cartella sociale e sociosanitaria individualizzata" destinata a raccogliere e rappresentare lo "stato di salute sociale" dell'utente. Elementi propedeutici a tale operazione riguardano un'effettiva condivisione di "sistema" degli obiettivi e dei criteri di valutazione multidimensionale dell'utente e la classificazioni omogenea degli interventi.

#### **4.3.2 Cure Primarie – Medicina Convenzionata Assistenza Primaria**

Nella complessiva innovazione che deve permeare l'intero sistema delle cure primarie diventa indispensabile definire ruoli e responsabilità che lo devono caratterizzare, è indubbio che gli attori principali preposti a garantire l'appropriatezza dei processi e il governo clinico della domanda sono i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS).

In questo contesto la Medicina convenzionata deve superare il ruolo affidatole negli ultimi anni di *gatekeeper* rispetto all'abuso di prestazioni ospedaliere e specialistiche, assumendo sempre più il ruolo di responsabilità del coordinamento delle azioni necessarie per affrontare le patologie cronico-degenerative e di farsi carico del governo e della complessità sempre crescente della diagnostica e delle cure effettuabili ambulatorialmente oltre che della responsabilità di mettere in atto meccanismi di promozione della salute.

L'associazionismo, la maggiore disponibilità di orario e di prestazioni, la dotazione di strumentazione e personale di supporto della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta, lo sviluppo di specialistica ambulatoriale integrata con i MMG e i PLS per l'assistenza ambulatoriale, domiciliare e nelle strutture residenziali, completata dal contributo della continuità assistenziale, può consentire una reale presa in carico continuativa a livello territoriale.

Conseguentemente ci si propone di attuare le seguenti azioni:

- lo sviluppo di un piano di riqualificazione della medicina in associazione prevedendo il graduale passaggio dalle forme più semplici a quelle più complesse, individuando e sperimentando modelli innovativi di ulteriori e più ampie forme di responsabilizzazione della Medicina convenzionata di Assistenza primaria, attraverso specifici progetti per l'attivazione di forme avanzate di associazionismo. Da questo punto di vista **le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP), appaiono essere le soluzioni**

**organizzative a maggiore capacità di innovazione** e di promozione di un processo graduale di integrazione di diversi attori coinvolti nell'assistenza territoriale (MMG, PLS, Medici di Continuità Assistenziale e Medici Specialisti Ambulatoriali Interni) che, in questo modo, può essere garantita sulle 24 ore;

- la qualificazione della valutazione del sistema della Medicina convenzionata promuovendo attività di audit e misurazione delle performance professionali sulla attività svolta a domicilio, in ambulatorio e/o in strutture residenziali e individuando standard di riferimento per l'accreditamento di eccellenza della Medicina convenzionata;
- l'orientamento dell'attività del MMG a rappresentare il polo informativo di riferimento per l'analisi dello stato di salute della popolazione assistita (analisi epidemiologia e contributo alla programmazione aziendale), oltre che di verifica della congruità dell'uso delle risorse (controllo della domanda e governo economico finanziario dell'Azienda);
- la realizzazione, nel triennio, della completa informatizzazione della Medicina convenzionata con il contestuale sviluppo di un sistema di comunicazione informatizzata fra Azienda / Distretto e medici convenzionati;
- la valorizzazione del rapporto della Medicina convenzionata con l'Azienda ULSS e con il Distretto Socio Sanitario, attraverso la partecipazione a pieno titolo al governo del sistema.

#### **4.3.3 Assistenza farmaceutica**

Negli ultimi anni, le biotecnologie e le tecniche di ingegneria genetica hanno modificato in modo importante il "farmaco", rendendo sempre più complesso l'approccio alla decisione terapeutica perchè basata su una approfondita valutazione clinico-diagnostica del paziente sia sotto il profilo rischio/beneficio e costo/efficacia sia per quanto riguarda l'aspetto etico. L'analisi della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, con particolare riferimento alle nuove tecniche chirurgiche, dimostra che l'aumento della stessa è determinato principalmente da uno spostamento verso i prodotti più innovativi e ad alto costo, piuttosto che da un aumento dei casi trattati. L'attività di informazione sui farmaci e dispositivi medici rivolta a medici, farmacisti e infermieri è oggi quasi esclusivamente condotta dalle aziende produttrici. Sono stati immessi sul mercato farmaci per patologie rare che presentano costi molto elevati soprattutto quando curano patologie croniche o quadri clinici su base genetica.

Si dovrà pertanto promuovere il corretto utilizzo dei farmaci attraverso:

- la razionalizzazione del processo logistico e distributivo;
- Il monitoraggio dei consumi utilizzando i flussi esistenti ed integrando le informazioni relative ai diversi canali di impiego dei farmaci (ospedale, farmacie, UU.LL.SS.SS.);
- il miglioramento ed il potenziamento dei flussi informativi unificando i flussi informativi delle UU.LL.SS.SS e delle farmacie e potenziando la prescrizione informatizzata e la qualità delle informazioni attraverso analisi integrate;
- l'osservazione epidemiologica della popolazione trattata per gruppi terapeutici, al fine di potere comprendere l'impatto economico di strategie organizzative sanitarie tese alla prevenzione precoce di popolazioni a rischio per patologie fortemente invalidanti;
- il potenziamento dell'attività di informazione scientifica indipendente;

- il rafforzamento della rete di Farmacovigilanza valorizzando la funzione dei Referenti aziendali.

#### **4.3.4 Assistenza specialistica ambulatoriale**

La continua crescita delle richieste di prestazioni specialistiche genera una notevole pressione sulle strutture ambulatoriali, sia territoriali sia ospedaliere, che non riescono talvolta a soddisfare, in tempi rapidi, le richieste per alcune specifiche prestazioni (il sistema socio-sanitario regionale nel 2005 ha erogato, complessivamente, circa 70 milioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali).

Queste ultime spesso si riferiscono a forme assistenziali innovative e ad elevato contenuto tecnologico, non sempre strettamente rispondenti ai bisogni assistenziali dei pazienti.

Queste criticità del sistema vanno affrontate accelerando il processo di riassetto organizzativo e funzionale dell'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, che comporti un maggiore coinvolgimento dei medici prescrittori nel governo della domanda e dei percorsi sanitari, rafforzando il rapporto tra ospedale e territorio, riservando a quest'ultimo un ruolo primario nel circuito dell'assistenza e sperimentando eventualmente nuove modalità erogative favorevoli all'integrazione con le altre professionalità sanitarie del territorio.

L'obiettivo generale a cui tendere è che ogni paziente riceva tempestivamente la prestazione che produca il miglior esito possibile in base alle conoscenze disponibili, che comporti il minor rischio di danni conseguenti al trattamento con il minor consumo di risorse, e con la massima soddisfazione per il paziente.

Nel medio periodo si dovrà, pertanto, porre attenzione:

- al governo dei tempi di attesa attraverso l'aggiornamento e la piena attuazione del programma di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, secondo quanto previsto dal Piano Nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008;
- al governo dell'utilizzo delle nuove tecnologie, secondo il concetto di area vasta al fine di rispondere ai bisogni crescenti di salute dei cittadini senza rinunciare, anche nel campo dell'assistenza specialistica ambulatoriale, a nuove opportunità assistenziali, mediante la definizione, a livello programmatico, di modelli organizzativi che, promuovendo la collaborazione tra aziende limitrofe facenti riferimento ad una stessa area (area vasta), riducano il consumo di risorse e ottimizzino l'efficienza, l'efficacia e l'appropriatezza delle stesse. Necessita, quindi, affinché l'erogazione delle prestazioni oggetto di nuove tecnologie sanitarie possa avvenire in totale sicurezza per il paziente e per l'operatore, individuare selezionati punti di erogazione.

#### **4.3.5 Assistenza Domiciliare Integrata – ADI**

Nell'arco di vigenza del precedente Piano Socio Sanitario, si è assistito ad un soddisfacente sviluppo dell'Assistenza Domiciliare su tutto il territorio regionale, nelle diverse forme comprese quelle a più elevata integrazione.

La relazione con il livello dell'assistenza ospedaliera ha visto lo sviluppo di esperienze significative, ma non si sono ancora definitivamente affermati modelli gestionali condivisi,

né definiti standard e indicatori. La “dimissione protetta”, e tanto meno la “ammissione protetta”, in particolare, non è ancora stata sviluppata in maniera omogenea a livello regionale.

Ancora, non sono interamente superati il problema della lentezza dei tempi di attivazione dell’ADI, e la divaricazione fra i tempi dell’assistenza ospedaliera ed i tempi dell’assistenza domiciliare.

Come obiettivi generali vanno individuate alcune priorità:

- il consolidamento e la strutturazione delle esperienze di dimissione protetta, qualificandole con l’organizzazione di servizi specifici di collegamento fra reparti ospedalieri e servizi di assistenza domiciliare oppure con la strutturazione di una presenza programmata dei servizi ADI nell’ospedale;
- la predisposizione dei servizi ADI secondo modelli organizzativi idonei ad attivare tempestivamente progetti assistenziali lungo tutto l’arco della settimana;
- il raggiungimento di una piena integrazione gestionale fra assistenza domiciliare sanitaria e assistenza sociale;
- l’informatizzazione dell’assistenza domiciliare, prioritariamente allo scopo di rispondere alle esigenze assistenziali e non soltanto gestionali;
- il sostegno all’attività di valutazione, nei diversi livelli previsti dal recente piano per la domiciliarità, quale momento fondamentale sia per migliorare la qualità degli interventi, sia per incentivare lo sviluppo e la diversificazione della rete locale dei servizi;
- l’orientamento degli investimenti (culturali e formativi, oltre che economici) nell’ambito del sistema delle cure domiciliari a qualificare ulteriormente, in via prioritaria, il coinvolgimento dei medici delle Cure Primarie; la strutturazione sistematica della possibilità di attivazione dell’ADI nel fine settimana; il potenziamento dell’ADI riabilitativa; la destinazione di quota parte delle risorse assegnate ai Comuni (e, per converso, alle UU.LL.SS:SS) alla realizzazione di un sistema informativo gestionale integrato e al raggiungimento di uno standard minimo di assistenza integrata;
- la promozione e lo sviluppo della ricerca e della sperimentazione organizzativa in ambito ADI.

#### **4.3.6 Assistenza residenziale e semiresidenziale**

Per quanto concerne la residenzialità extraospedaliera, l’analisi del numero complessivo di posti letto, disaggregato a livello di singola ULSS, evidenzia la presenza di forti squilibri territoriali, con gravi conseguenze agli effetti del dimensionamento dei livelli essenziali di assistenza nel territorio regionale.

Attualmente, nel territorio della Regione vi sono 269 strutture residenziali extraospedaliere per complessivi 23.815 posti letto, 16 hospice per complessivi 133 posti letto in esercizio su 225 programmati; 15 sezioni per alta protezione Alzheimer, per un totale di 165 posti letto in esercizio su 210 programmati; 20 strutture di ricovero per pazienti in stato vegetativo, comprensivi di 115 posti letto su 122 programmati e 8 ospedali di comunità autorizzati, per un totale di 160 posti letto.

**Ruolo centrale nel governo e organizzazione della residenzialità spetta al Distretto** che svolge anche il ruolo di integrazione operativa con le strutture residenziali e semiresidenziali e con gli altri attori della rete assistenziale territoriale.

Il distretto deve perseguire l'obiettivo specifico di una sempre maggiore capacità di gestione integrata, all'interno del più generale assetto delle cure palliative, dell'offerta di residenzialità e semiresidenzialità per anziani, disabili e minori, quali supporti fondamentali per una capacità di risposta "modulata" ai bisogni, sia con inserimenti temporanei che con inserimenti definitivi "governati" di comune accordo all'interno di processi trasparenti ed equi.

Lo strumento privilegiato all'interno del quale definire l'articolazione dei rapporti di collaborazione è il Piano di Zona (nel quale si predispongono le modalità di accesso nel rispetto della libera scelta del cittadino) ed in particolare il meccanismo di sua elaborazione e verifica periodica costituisce un'efficace modalità di manutenzione di detti rapporti.

La nuova programmazione regionale dovrà prevedere adeguati livelli di offerta rispetto ai crescenti bisogni della popolazione.

In tale ambito un'attenzione particolare va rivolta alle strutture di accoglienza per malati terminali (hospice) e per pazienti affetti da varie forme di demenza.

Il sistema della residenzialità, per far fronte alle nuove sfide, deve puntare sulla messa in rete dei Centri di Servizio differenziando l'offerta e trovando sinergie comuni per l'abbattimento dei costi.

Parallelamente, occorre ottimizzare sempre più il rapporto ospedale-territorio (continuità assistenziale) dove le Case di Riposo possono e devono avere un ruolo importante in supporto alle famiglie anche garantendo, ove necessario, una maggiore presenza di medici di medicina generale

Il sistema delle cure residenziali deve vedere completata la programmazione esistente, oltre a vedere realizzato uno sforzo di declinazione delle diverse tipologie erogative secondo crescenti bisogni di semi-residenzialità e residenzialità temporanea. Per quanto riguarda gli ospedali distrettuali o di comunità, dovrà essere prevista una programmazione adeguata.

La riqualificazione di tale rete residenziale dovrà prevedere lo sviluppo di una nuova modalità erogativa, l'ospedale di comunità, attualmente attivo solo in poche UU.LL.SS.SS. come sperimentazione organizzativa, ma che dovrà vedere il proprio modello esteso a tutto il territorio regionale tenuto conto delle sperimentazioni in atto.

#### **4.4 Assistenza ospedaliera**

Il tema della ristrutturazione ospedaliera è quello prioritario non solo per il mantenimento del patto di stabilità ma anche per valutazioni di merito. Il sistema regionale veneto è caratterizzato da un'eccessivo assorbimento di risorse del settore ospedaliero che è riferibile ad una eccessiva domanda di prestazioni e ad una dotazione di posti letto strutturalmente costosa da mantenere.

Attualmente la rete ospedaliera regionale è costituita da 48 ospedali pubblici, tra cui un IRCCS, da 26 strutture private pre-accreditate, tra le quali un IRCCS e da 4 sperimentazioni gestionali per un totale di 17.979 posti letto pubblici e 3.044 posti letto privati. D'altra parte sull'assistenza ospedaliera incominciano già a sentirsi gli effetti di una forte evoluzione tecnologica e terapeutica che condiziona la sopportabilità dei connessi alti costi incrementali ad una forte razionalizzazione ed efficienza del sistema.

L'ospedale del prossimo futuro sarà sempre più costoso e pertanto bisognerà renderlo il più possibile efficiente nell'utilizzare le risorse assegnate ed al tempo stesso liberarlo dal

compito di coprire bisogni assistenziali che sono oggi affidabili ad altri settori assistenziali extraospedalieri.

**Obiettivo generale è l'aggiornamento del "modello veneto" di assistenza diffusa di alta qualità**, rendendolo comunque "sostenibile" rispetto alle risorse disponibili. Si registra infatti una eccessiva costosità in relazione non tanto al numero di posti letto, ma alla loro distribuzione nel territorio, con troppi doppioni di funzioni, a fronte di carenze talora esistenti in aree specialistiche specifiche.

Azioni prioritarie per il raggiungimento dell'obiettivo generale sono:

- il **mantenimento della logica di rete degli ospedali** e delle funzioni presenti in ogni ospedale, con l'obiettivo di garantire una capillare diffusione su tutto il territorio regionale delle discipline di base, al fine di assicurare uniformità di accesso e tempestività di trattamento, ed una razionale distribuzione delle discipline più complesse, sulla base delle indicazioni scientifiche internazionali;
- la **rivisitazione della rete degli ospedali** tramite la definizione esplicita ed aggiornata dei parametri per l'individuazione del numero e della ubicazione delle funzioni, sulla base del parametro di 4,5 posti letto per 1000 abitanti. La revisione della rete, nell'analisi delle singole funzioni, deve tenere conto anche degli aspetti quantitativi, in considerazione degli standard minimi di prestazioni erogate, e portare eventualmente anche all'accorpamento di discipline tra varie Aziende. In linea di massima si può prevedere il superamento della duplicazione di alcune specialità in presidi appartenenti alla stessa Azienda Sanitaria, tale processo deve tenere in debita considerazione le peculiarità di ciascuna area del Veneto (geografica, demografica, infrastrutturale, etc.) e l'esistenza di tassi di ospedalizzazione elevati che sottendono sacche di potenziale inappropriatazza dei ricoveri;
- l'attivazione di strutture dedicate ad attività assistenziali socio-sanitarie a minore intensità assistenziale, quali ad esempio i centri sanitari polifunzionali o gli ospedali di comunità, in grado di garantire adeguate risposte sanitarie con modalità alternative al ricovero ordinario;
- la razionalizzazione del governo clinico, gradualità delle cure offerte ed aumento della qualità delle cure medesime attraverso la definizione di percorsi diagnostici-terapeutici di comprovata efficacia condivisi con gli operatori, inclusi protocolli di continuità assistenziale ospedale-territorio. Particolare importanza è rivestita dalla attivazione ed implementazione di un sistema di qualità basato sulla gestione del rischio clinico;
- il potenziamento della differenziazione del regime assistenziale (ricovero diurno vs. ordinario e incremento della chirurgia ambulatoriale) e la definizione di specifici protocolli operativi, come delineati nelle linee di indirizzo sull'"area vasta". L'organizzazione dell'ospedale deve prevedere l'estensione dei Dipartimenti tra più presidi e la conseguente fruibilità del personale da più U.O., definendo precise e condivise dotazioni di personale con l'adozione del modello organizzativo definito come ad "intensità di assistenza", basato sulla gradualità delle cure, con aree che siano omogenee sotto il profilo assistenziale;
- la revisione del sistema di finanziamento al fine di attuare una "competitività regolata" tra gli ospedali sulle basse specialità mediante la definizione del numero dei posti letto dedicati a tali specialità, sia nei presidi pubblici sia in quelli privati preaccreditati. Per ciascuna azienda sanitaria, la quota pro-capite di finanziamento prevista per la funzione ospedaliera può essere suddivisa tra specialità a bassa ed alta complessità. Sulla base

dei posti letto assegnati la quota prevista per le cosiddette 'basse specialità' è ripartita tra gli erogatori pubblici e gli erogatori privati, così come le quote di mobilità passiva costituiscono una penalità finanziaria per entrambi gli erogatori;

- la quota prevista per le alte specialità assume i connotati di un finanziamento a funzione, corretto sulla base dei volumi di attività espletata;
- il consolidamento ed il potenziamento del sistema dei controlli di appropriatezza dei ricoveri con l'attuazione di un sistema di penalizzazione o di incentivazione per i comportamenti opportunistici o virtuosi;
- il consolidamento del sistema di risposta alle situazioni di Urgenza ed Emergenza, la messa in rete di tutti i servizi dedicati, la realizzazione di azioni sull'uso inappropriato del Pronto Soccorso, la ridefinizione delle funzioni e della distribuzione dei punti di primo intervento;
- l'attuazione dei protocolli d'intesa tra Regione ed Università per la completa integrazione dell'attività sanitaria con l'attività di didattica e ricerca.

#### **4.5 Reti regionali**

Alcune attività assistenziali del Sistema Sanitario Regionale non possono prescindere da una forte integrazione tra tutti gli erogatori del sistema. Tale integrazione può essere in via prevalente di tipo funzionale, pur contenendo al proprio interno elementi di forte organicità. Si tratta in sostanza di identificare, per un numero definito e limitato di aspetti, modelli regionali di rete, adattabili a diversi contesti, in grado di integrarsi con le reti aziendali già esistenti nelle diverse discipline e presenti nelle Aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere, nelle Università di Padova e Verona, negli IRCCS pubblici e privati e nelle altre Istituzioni, pubbliche e private, che operano nei rispettivi campi.

Questi network debbono rispondere ad alcune finalità prioritarie:

- la capacità di definire, implementare e validare modelli organizzativi e strumenti operativi;
- la promozione della ricerca per la diffusione di comportamenti appropriati, adottati nella gestione dei pazienti, assicurandone il monitoraggio;
- l'implementazione di progetti trasversali quali l'informatizzazione delle strutture per consentire la dovuta interfaccia informativa e operativa;
- la regolamentazione dell'informazione e della comunicazione sull'utilizzo delle reti.

La scelta degli obiettivi da perseguire si identifica di fatto con l'individuazione delle aree tematiche sulle quali la Regione Veneto intende esercitare una forte opzione di coordinamento generale, promuovendo altresì una organizzazione capillare a livello locale fortemente articolata.

In linea generale, salvo che per situazioni particolari, i network regionali fanno capo a strutture regionali collocate presso le Direzioni Regionali di riferimento, o da esse dipendenti, ancorché collocate presso Aziende Sanitarie periferiche.

Alcuni di questi obiettivi sono già stati individuati e le azioni prioritarie conseguenti si trovano a diverso grado di completamento, altri debbono essere rapidamente resi operanti.

Le reti da rafforzare o da realizzare sono le seguenti:

**a. Rete della donazione-trapianto (Sistema Regionale Trapianti)**

I buoni risultati finora conseguiti dal Sistema Regionale Trapianti che provvede al procurement, alla distribuzione e al trapianto di organi, tessuti e cellule su tutto il territorio della Regione, pongono la Regione Veneto in condizione di essere modello di riferimento a livello europeo. Ai fini di ulteriormente migliorare e consolidare tale tendenza, si procederà alla definitiva stabilizzazione del Centro Regionale per i Trapianti prevista dalla normativa nazionale e regionale in materia.

**b. Rete trasfusionale**

Il nuovo modello informatico di regolazione delle attività garantirà l'adeguamento della rete alle future condizioni e tipologie della domanda, rimodulando la struttura trasfusionale complessiva sul nuovo assetto sanitario in termini di aumento ulteriore della qualità.

**c. Rete dell'emergenza urgenza**

Dovrà garantire omogenei livelli di assistenza su tutto il territorio regionale e rafforzare l'integrazione Territorio-Ospedale, sviluppare una sinergia tra tutte le risorse del SSSR con un forte ruolo di responsabilità della CO 118 Provinciale, e con il Pronto Soccorso, posto come fondamentale anello di congiunzione con l'Ospedale.

**d. Rete delle malattie rare**

A livello locale e regionale, dovrà proseguire l'obiettivo di promuovere lo sviluppo sinergico delle attività di assistenza sanitaria, migliorare l'appropriatezza degli interventi e orientare i servizi sanitari impegnati nel campo delle Malattie Rare verso una migliore integrazione fra strutture ospedaliere, centri di eccellenza e continuità assistenziale territoriale, anche nell'ottica delle collaborazioni interregionali già in atto.

**e. Rete oncologica**

Dovrà perseguire l'ampliamento e il consolidamento delle attività di screening già in atto, con il miglioramento della compliance e della qualità dei programmi, e rafforzare la capacità di risposta all'aumento dei bisogni ed ai diversi livelli di complessità, attraverso l'erogazione di interventi integrati e coordinati per garantire la continuità dell'intervento di cura, diminuire la mortalità per tumore e migliorare la qualità di vita dei pazienti che ne sono affetti. La rete oncologica, che già vede coinvolte le Aziende dei capoluoghi di provincia, dovrà essere garanzia di traslazonalità della ricerca scientifica, in modo particolare per quella prodotta dallo IOV-IRCCS, come previsto dal Decreto legislativo 288/2003 (riordino della disciplina sugli IRCCS).

**f. Rete riabilitativa**

Dovrà sviluppare modelli di intervento improntati a criteri di maggiore appropriatezza rispetto agli standard attualmente esistenti, migliorando la qualità, l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza dei trattamenti specifici, partendo dai risultati raggiunti dalle diverse strutture dal punto di vista sia clinico che scientifico. In modo particolare dovrà garantire il trasferimento dei saperi e dei risultati prodotti nell'ambito della ricerca scientifica come quella sviluppata dall'IRCCS S. Camillo degli Alberoni per la neuroriabilitazione motoria, della comunicazione e del comportamento.

## **4.6 Aree di intervento sociale e socio sanitario**

### **4.6.1 Assistenza materno infantile e dell'età evolutiva**

Obiettivo generale prioritario del PSSR è regolamentare i meccanismi organizzativi ed operativi di natura multidisciplinare che interessano l'Area Materno Infantile.

Costituisce azione prioritaria in tal senso l'elaborazione di un Progetto Obiettivo Materno Infantile che definisca i rapporti tra i diversi attori (PLS, servizi specialistici, servizio di neuropsichiatria consultori familiari, servizi disabilità, servizi per la promozione e la protezione dell'infanzia).

Le azioni prioritarie per il raggiungimento dell'obiettivo sono:

- la promozione di paternità e maternità e tutela e supporto alla gravidanza;
- la garanzia di una nascita sicura in un ambiente attento alle esigenze del bambino e dei genitori;
- la garanzia di un'assistenza di qualità ai minori malati cronici, affetti da malattie rare o affetti da disturbi psichici;
- la garanzia di una risposta globale ai bisogni dei minori disabili, dall'inquadramento diagnostico alla cura e riabilitazione, fino all'integrazione nella comunità;
- il sostegno della salute di bambini ed adolescenti, anche attraverso interventi di prevenzione primaria, nonché di promozione della salute con la collaborazione di scuole e municipalità.

### **4.6.2 Programmi e interventi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani**

Nel corso di questi anni il panorama dei servizi rivolti alla prima infanzia della Regione Veneto si è arricchito di una molteplicità e varietà di offerte, atte a rispondere ai bisogni delle famiglie in quest'ambito in modo appropriato ma soprattutto flessibile. Tali servizi si sono dimostrati in grado di affiancare e sostenere la famiglia nella sua funzione socio-educativa.

Con la L.R. n. 32/90 molte associazioni e organizzazioni del privato sociale hanno potuto presentare progetti innovativi e di qualità, che hanno affiancato gli asili nido tradizionali.

Tale fatto è dimostrato dal grado di copertura dei servizi per la prima infanzia passato dal 4,5% registrato nel 2000 al 18% rilevato nel 2005.

La distribuzione territoriale che risulta abbastanza disomogenea tra province, a dimostrazione della marcata caratterizzazione locale dei servizi stessi e la difficoltà dei vari servizi a fare sistema nel territorio, continuano ad essere nodi critici.

Di conseguenza diventa ineludibile promuovere un sistema articolato di servizi e opportunità mediante:

- il consolidamento della diversificazione dell'offerta di servizi in questo campo, provvedendo a contribuire economicamente, in base al rispetto di alcuni criteri di base, alla realizzazione di nidi e di micronidi presso i luoghi di lavoro;
- il consolidamento di spazi per la socializzazione e per la crescita, di momenti di confronto e di sperimentazione di diversificate esperienze e opportunità di affiancamento ed integrazione dei compiti genitoriali nei confronti dei cittadini più piccoli;

- la conferma ed il potenziamento delle diverse iniziative rivolte al consolidamento e al sostegno della genitorialità;
- la promozione della partecipazione dei giovani alla vita sociale.

#### **4.6.3 Programmi e interventi per la famiglia**

Le trasformazioni che hanno investito la nostra società, hanno messo in luce profondi cambiamenti di carattere strutturale, ma anche nell'organizzazione familiare, nei rapporti tra i partners, all'interno delle reti familiari, nella mentalità e negli stili di vita delle persone. La quota di famiglie che sperimenta un disequilibrio tra le esigenze di cura che manifesta e le risorse di cui dispone per affrontarle, senza dover far ricorso a servizi esterni, è da tempo in evidente crescita. Ciò a seguito della crescita dei tassi di occupazione delle donne coniugate (modello familiare a doppia carriera) e della crescita della popolazione anziana non completamente autosufficiente, e perciò bisognosa di cure, in un periodo in cui le dimensioni delle reti parentali si stanno restringendo.

Inoltre nuove domande e nuovi bisogni nascono a seguito della crescente instabilità coniugale.

Si pongono dunque nuovi problemi quali evitare gli effetti che un'alta litigiosità tra i coniugi separati può avere sui figli, consentire la permanenza di relazioni assidue ed equilibrate tra i padri separati ed i figli, dato che l'affido fino ad ora è stato assegnato in prevalenza alla madre (91% dei casi), vigilare che la famiglia monogenitoriale che si origina dalla separazione e dal divorzio, formata per lo più da una madre sola con figli, non sia esposta al rischio povertà, un rischio che finirebbe per gravare sui minori.

E' una scelta prioritaria della Regione riconoscere, promuovere e sostenere la famiglia nel libero svolgimento delle sue funzioni in quanto unità di servizi primari, luogo di rilevazione e sintesi dei bisogni e riferimento essenziale dei servizi pubblici e privati, comprendendo l'alto valore delle sue funzioni sociali in quanto produttore di "capitale sociale" fondato su relazioni di reciprocità, di responsabilità e di solidarietà tra generi e generazioni.

Il PSSR si pone l'obiettivo di favorire la famiglia, supportando in via prioritaria le giovani coppie ed in particolare ponendo in essere interventi specifici atti a sostenere la maternità e la paternità.

#### **4.6.4 Programmi e interventi per gli anziani**

La Regione del Veneto si è mossa ormai da decenni nella direzione di sostenere e accompagnare l'età anziana, con una serie di politiche che, intersecandosi tra loro, hanno prodotto una rete di interventi di sostegno sociale, economico, assistenziale, a domicilio, nei centri diurni e nelle residenze protette, con un notevole incremento delle risorse impegnate.

Questo modello presenta anche dimensioni di criticità, che richiedono di essere affrontate e superate e che riguardano la settorializzazione e la parcellizzazione degli interventi, la mancanza di una presa in carico unitaria, la carenza di riferimenti normativi relativi a standard organizzativi e professionali dei servizi della domiciliarità.

Anche il sistema della residenzialità è inserito nella rete dei servizi alla persona. Sono definite le procedure per il riconoscimento della condizione di non autosufficienza e per l'accesso ai Centri di Servizio territoriali. L'offerta di residenzialità è inclusa nella programmazione territoriale mediante i Piani di Zona. Il sistema della residenzialità ora

richiede lo sviluppo di una nuova fase di programmazione che dia garanzia di maggiore flessibilità quale presupposto di efficacia e efficienza nel complesso dei servizi alle persone attraverso:

- la promozione e la tutela della qualità di vita dei cittadini anziani in situazione di fragilità, in particolare delle persone che rischiano l'esclusione da un contesto familiare;
- la valorizzazione, la promozione e il sostegno della domiciliarità quale ambito privilegiato per la realizzazione di azioni e interventi a favore delle persone anziane e delle loro famiglie, in collaborazione tra Enti Locali, Aziende UU.LL.SS.SS. e Terzo Settore;
- la garanzia di assicurare risposte integrate e appropriate ai bisogni socio assistenziali e socio sanitari delle persone anziane e delle loro famiglie, attraverso la pianificazione regionale e locale dei sistemi della domiciliarità e della residenzialità e l'integrazione e la continuità assistenziale tra i due sistemi;
- la garanzia del diritto alla libera scelta, che nel campo della residenzialità si concretizza nella facoltà del cittadino di scegliere il Centro Servizi maggiormente rispondente ai bisogni in riferimento alle proprie aspettative di assistenza socio-sanitaria e sociale e alle condizioni economiche.

#### **4.6.5 Programmi e interventi per la disabilità**

Nel territorio regionale sono ormai consolidate modalità di intervento e ambiti organizzativi e gestionali che assicurano alle persone con disabilità i livelli essenziali di assistenza sanitaria di diagnosi cura e riabilitazione e che favoriscono il riconoscimento del diritto allo studio, al lavoro, alla formazione di un'età adulta e la partecipazione attiva alla vita sociale. Il sistema dei servizi per la residenzialità delle persone disabili si è molto modificato in questi ultimi anni per un approccio culturale sostanzialmente diverso al problema e per effetto di una mutata consapevolezza dell'individuo nei confronti della propria capacità di autonomia. Le strutture di accoglienza residenziale di persone disabili sono raggruppate in tre tipologie: le comunità alloggio, le residenze sanitarie assistenziali, le grandi strutture. Questi sistemi dei servizi evidenziano allo stato attuale alcune criticità che riguardano: la settorializzazione e parcellizzazione degli interventi, la necessità di una presa in carico unitaria e di una programmazione unitaria nell'area della disabilità, la necessità di intervenire sui livelli di qualità degli interventi residenziali e sulla sostenibilità dei relativi costi, a cui si può ovviare attraverso:

- la promozione ed il sostegno dell'affermazione di un approccio culturale alla disabilità, come affermato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, fondato sulla integrazione del modello medico e del modello sociale di approccio alla disabilità;
- il rafforzamento in tutti gli ambiti territoriali dei livelli di integrazione, assicurando il raccordo e il coinvolgimento dei servizi sanitari e socio sanitari di sostegno alla persona e alla famiglia, previsti nelle Aziende UU.LL.SS.SS., con i servizi sociali delle amministrazioni locali e con le opportunità disposte dai soggetti pubblici e privati;
- l'attivazione di forme di supporto flessibili, atte a soddisfare innanzitutto le esigenze organizzative e psicologiche delle famiglie, che possono richiedere, nei diversi momenti e nelle diverse situazioni, forme di affiancamento nei compiti di assistenza e servizi di sollievo che prevedano interventi a domicilio, semiresidenziali o residenziali;

- la garanzia di assicurare la valutazione multidimensionale, la presa in carico, la definizione di un progetto individuale per ogni persona disabile, integrato in relazione alle diverse esigenze e fasi vitali, nonché in relazione alle diverse opportunità e risorse che si rendono accessibili;
- la garanzia della continuità assistenziale nel passaggio dall'età evolutiva all'età adulta e da questa a quella anziana.

## **5. GLI OBIETTIVI DI SALUTE DEL SISTEMA**

### **5.1 La salute nelle prime fasi di vita**

La tutela della salute dell'area materno-infantile deve rappresentare una priorità nella programmazione regionale. Tale area presenta alcune specificità di cui è necessario tener conto nell'organizzazione dei servizi e dell'assistenza sanitaria e sarà, pertanto, riservata particolare attenzione alla tutela ed al supporto della gravidanza, all'evento nascita, all'infanzia e all'adolescenza, con l'intento di promuovere la salute della persona nel suo percorso di crescita sia sul piano della prevenzione, sia sul piano della garanzia dei servizi sanitari e socio sanitari, prevedendo specifiche azioni a favore dell'assistenza ai malati cronici e/o con malattia rara ed ai minori disabili.

Per quanto riguarda la tutela della gravidanza ed il parto saranno realizzati i seguenti obiettivi:

- il monitoraggio regionale delle cure attuate in gravidanza e parto, con particolare riguardo all'efficienza ed efficacia degli screening attualmente predisposti, all'appropriatezza dei ricoveri, alle prassi tenute in relazione alla diagnosi prenatale in epoca avanzata di gestazione, ed, infine, alla coerenza dei trattamenti predisposti con le evidenze scientifiche di efficacia;
- lo sviluppo della rete di cure intensive e trasporto assistito neonatali;
- la realizzazione di un adeguato programma diagnostico in tutti i nati morti, al fine di definirne compiutamente la causa;
- l'attivazione di procedure informatizzate che semplifichino e permettano già dall'ospedale di nascita di perfezionare tutte le procedure che coinvolgono la famiglia di un nuovo nato, attraverso lo stretto collegamento tra le istituzioni coinvolte;
- lo sviluppo di pratiche assistenziali, quali il rooming-in e le altre riferibili alle indicazioni dei "baby friendly hospitals" dell'OMS, favorenti la relazione genitoriale precoce e l'allattamento al seno;
- l'attivazione di piani di dimissioni protette per particolari nati patologici e/o disabili gravi.

La promozione della salute per i bambini e gli adolescenti dovrà essere realizzata attraverso:

- il mantenimento degli interventi di prevenzione primaria indirizzati alla persona, quali vaccinazioni di legge e facoltative consigliate e gli interventi di diagnosi precoce come screening e controlli di salute già attualmente in atto, con le modalità organizzative definite da ciascuna Azienda Sanitaria, ma con procedure e tipologie di monitoraggio condivise in ambito regionale, al fine di valutarne l'efficacia e l'efficienza;
- l'incentivazione dell'attivazione di interventi di promozione della salute che vedano il diretto coinvolgimento di diverse agenzie e istituzioni locali, ivi comprese la Scuola e le Municipalità, secondo un approccio di tipo comunitario, con prevalente interesse per gli aspetti legati alla prevenzione degli incidenti e delle tossicodipendenze;

- il riorientamento dell'attività dei servizi e professionisti sanitari per quanto attiene il controllo dell'attività motoria e agonistica, con particolare riguardo al monitoraggio dei training atletici predisposti per la preparazione dei giovani atleti, ed alla loro aderenza alle caratteristiche di sviluppo fisiologico dei minori, nonché all'assoluta assenza dell'uso di qualsiasi sostanza o pratica dopante.

Per quanto riguarda l'inquadramento diagnostico, la riabilitazione e l'integrazione comunitaria dei minori disabili, si dovranno porre in essere le seguenti azioni:

- la creazione e la partecipazione di tutte le Aziende Sanitarie ad una rete regionale di monitoraggio delle attività svolte che comprenda tutti i servizi pubblici e convenzionati eroganti prestazioni di diagnosi, trattamento e riabilitazione di minori disabili, che utilizzi modalità condivise di definizione dei soggetti e delle azioni e che colleghi tali informazioni a quelle derivanti dal mondo della scuola e del lavoro;
- la strutturazione di reti verticali regionali per grandi ambiti di problemi connessi con la disabilità, riservando particolare attenzione a quelli connessi con le patologie psichiche precoci, i disturbi generalizzati dello sviluppo e l'ipovisione attraverso un modello di forte integrazione tra erogatori pubblici e privati, tra i quali l'IRCCS riabilitativo di Venezia, che costituisce uno degli elementi principali del sistema;
- la definizione di modalità omogenee di collegamento tra i servizi per i minori e quelli per l'adulto, tra le Istituzioni Sanitarie ed Educative e del Lavoro, anche attraverso la stesura di specifici protocolli, che consentano la continuità assistenziale e favoriscano l'integrazione comunitaria del disabile;
- la realizzazione di piani di dimissioni protette e di cure domiciliari integrate per minori disabili.

## **5.2 Le grandi patologie: malattie oncologiche, malattie cardiovascolari, diabete e malattie respiratorie**

### **5.2.1 Le malattie oncologiche**

In campo oncologico gli obiettivi generali sono: riduzione dell'incidenza delle neoplasie, riduzione della mortalità, aumento della sopravvivenza libera da malattia e miglioramento della qualità di vita dei malati di cancro.

Il sistema delle cure deve caratterizzarsi per tre livelli d'offerta:

- un livello di offerta diffusa ed accessibile per garantire prestazioni preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative contro le forme neoplastiche più frequenti;
- un livello di offerta diagnostica e terapeutica di maggior specializzazione per le forme neoplastiche più rare o impegnative;
- un livello di offerta palliativa quando i precedenti livelli risultano non più adeguati o a loro integrazione.

Il sistema d'offerta è composto da quattro aree organizzative, di cui il cittadino può usufruire seguendo un percorso definito e pianificato:

- la prevenzione, in cui rientrano i programmi di prevenzione primaria, destinati alla correzione dei comportamenti a rischio e alla rimozione delle condizioni ambientali correlate alla patologia neoplastica;
- la diagnosi precoce, in cui rientrano i programmi di screening per i tumori femminili e per il carcinoma del colon-retto;
- l'assistenza ospedaliera, in cui rientrano le attività di diagnosi e terapia, sia medica che chirurgica, in regime ambulatoriale, di day-hospital, di ricovero;
- l'assistenza territoriale in cui rientrano i trattamenti eseguibili a domicilio e le cure palliative.

In particolare, la finalità della prevenzione primaria è diminuire l'incidenza, la mortalità e la disabilità dovute al cancro attraverso la riduzione dell'esposizione ai rischi evitabili e si basa su tre elementi:

- l'informazione relativamente alle cause delle neoplasie e l'educazione riguardo le misure utili a ridurre il rischio;
- l'integrazione, nella routine degli operatori sanitari, in particolare i medici di medicina generale, delle attività utili a ridurre la diffusione dei determinanti delle neoplasie;
- la formulazione e l'attuazione di politiche e programmi in grado di diminuire il rischio nella popolazione in generale.

Pertanto, i punti forti della programmazione regionale futura dovranno essere:

- l'analisi dei fattori di rischio;
- lo sviluppo di un sistema di sorveglianza dei comportamenti a rischio;
- la ricerca formativa qualitativa e quantitativa relativamente ai principali determinanti di neoplasie;
- l'esplicita individuazione di priorità in termini di determinanti (tabacco, alcol, radon e raggi UV);
- la definizione di strategie di prevenzione primaria;
- l'analisi economica riguardo i costi diretti correlati al cancro;
- la valutazione degli effetti delle strategie e programmi in termini di cambiamenti nelle conoscenze, attitudini e comportamenti dei gruppi bersaglio, conoscenze e attitudini degli operatori, volume e qualità dei servizi erogati, morbosità e mortalità.

Strumenti principali per il perseguimento degli obiettivi di questa programmazione saranno la rete delle cure primarie fortemente integrata col sistema delle cure palliative, i dipartimenti di prevenzione e la rete regionale delle strutture oncologiche specialistiche che fanno capo al Consorzio Istituto Oncologico Veneto di cui l'IRCCS Istituto Oncologico Veneto è il perno generale di sistema.

### **5.2.2 Malattie cardiovascolari**

La promozione della salute cardiovascolare implica l'adozione di strategie di prevenzione primaria nei confronti dei fattori di rischio comportamentali e sociali (in particolare fumo di tabacco, abitudine dietetiche non corrette ed inattività fisica), integrata con

un'organizzazione dei servizi finalizzata al controllo dei soggetti ad alto rischio cardiovascolare ed alla prevenzione secondaria. Saranno inoltre oggetto di interventi di prevenzione le condizioni cliniche che determinano un aumentato rischio di patologie cardiache (ipertensione, ipercolesterolemia, obesità, diabete).

Nei pazienti con cardiopatia nota, la prevenzione secondaria dovrà mirare al controllo dei fattori di rischio ed alla identificazione dei soggetti a maggiore rischio di eventi per i quali attuare appropriati percorsi diagnostico-terapeutici raccomandati dalle linee guida nazionali ed internazionali.

La strategia di promozione della salute cardiovascolare includerà:

- la sorveglianza delle malattie cardiovascolari e dei loro fattori di rischio, utilizzando anche le basi di dati messe a disposizione dalle Società Scientifiche e Professionali Mediche;
- l'analisi delle pratiche mediche relative ai maggiori fattori di rischio;
- la formulazione e l'implementazione di programmi indirizzati agli individui ad alto rischio ed alla popolazione in generale, nonché il loro monitoraggio e la loro valutazione.

La collaborazione tra servizi ospedalieri e servizi sanitari territoriali, anche attraverso l'uso di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, e' condizione necessaria per monitorare la salute dei pazienti cardiopatici, prevenire o ridurre l'incidenza di complicanze, diminuire il numero dei ricoveri. Il Distretto dovrà rappresentare la sede di intervento e di coordinamento della attività di assistenza sul territorio in una logica di continuità con l'ospedale.

Il miglioramento dell'interazione territorio-ospedale, tra i punti fondamentali del Piano, potrà essere raggiunto:

- facilitando i flussi informativi tra medici di continuità assistenziale, medici di guardia medica e specialisti, anche mediante strumenti di telemedicina;
- aumentando la quota di problemi cardiovascolari definiti e risolti in modo efficace negli ambulatori di cure primarie ed a domicilio dei pazienti;
- migliorando l'interfaccia tra MMG e specialisti rispetto al trattamento dei casi problematici, individuando percorsi privilegiati;
- favorendo un controllo efficace e appropriato dei cittadini affetti da patologie croniche predisponenti alla malattia cardiovascolare.

### **5.2.3 Diabete**

Il diabete è una patologia in espansione, di alta rilevanza per i suoi elevati costi medici, sociali ed economici. In età evolutiva, la gestione clinica del diabete di tipo 1 è sempre più complessa per molteplici ragioni (esordio in età sempre più precoce, errati stili di vita, difficoltà relazionali tra genitori e figli, ecc.), mentre il drammatico incremento dell'obesità infantile comporta anche alterazioni pre-diabetiche del metabolismo glucidico e preannuncia un preoccupante aumento del diabete di tipo 2, già in corso in altre nazioni.

Questa mutata realtà rende l'attuale organizzazione dell'assistenza diabetologica inadeguata e necessitante di interventi di riorganizzazione e di potenziamento.

In ragione dell'alto grado di possibilità di prevenzione, la lotta al diabete si deve basare sia sulla promozione della salute, sia sulla cura della malattia, in entrambi i casi con

dimostrata riduzione di morbilità, mortalità e contenimento della spesa. Stimolare e sostenere la ricerca scientifica del settore è parte integrante della lotta al diabete.

Gli obiettivi di queste strategie vanno perseguiti dagli operatori della medicina convenzionata e della medicina ospedaliera con strumenti e programmazioni comuni concordati, coordinati e scientificamente aggiornati nel quadro generale di governo della malattia (disease management), con lo sviluppo e l'attuazione di strumenti per la gestione integrata della persona a rischio di o affetta da diabete.

I punti forti della lotta al diabete dovranno essere:

- il monitoraggio epidemiologico continuo del diabete e delle condizioni ad esso correlate (in primis l'obesità e le complicanze diabetiche specifiche e non specifiche);
- l'attuazione di un'efficace prevenzione primaria a tutte le età, anche attraverso l'attività di screening per la diagnosi delle alterazioni pre-diabetiche del metabolismo giuridico;
- attuazione di un'efficace prevenzione secondaria (diagnosi precoce);
- attuazione di un'efficace prevenzione terziaria (prevenzione delle complicanze croniche);
- attuazione di forme efficaci e innovative di assistenza coordinate in rete informatica,

Per quanto riguarda l'età evolutiva, un efficace modello di lotta al diabete dovrà tenere conto delle seguenti necessità:

- la riconduzione delle proposte programmatiche, della prevenzione e della gestione clinica dei vari tipi di diabete nell'ambito dell'area pediatrica;
- l'attuazione di una politica sanitaria basata sul mantenimento della salute, mediante una formazione scolastica al corretto stile di vita per la prevenzione primaria dell'obesità;
- l'attivazione di una diversa organizzazione assistenziale per la prevenzione e la cura del diabete in età evolutiva, basata su una rete assistenziale costituita da tre livelli fra di loro strettamente collegati: medicina territoriale, strutture pediatriche di diabetologia a valenza di area vasta, centro regionale di riferimento.

#### **5.2.4 Le malattie respiratorie**

Anche per le malattie dell'apparato respiratorio risulta strategico mirare alla completa realizzazione, di un modello a rete, definendo sia l'organizzazione del sistema che le modalità di integrazione tra interventi a livello territoriale e ospedaliero nella varie fasi.

In questo modo può essere pianificata una strategia di intervento comune per tutto il territorio regionale, basata sull'integrazione funzionale dei vari sistemi di offerta socio-sanitaria.

Operativamente tale azione dovrà quindi basarsi su una coordinata attività di prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione delle malattie dell'apparato respiratorio che coinvolga ospedale e territorio in grado di potersi sviluppare anche in un ambito organizzativo interaziendale (area vasta).

Nella Regione Veneto, le malattie dell'apparato respiratorio sia acute che croniche vanno assumendo dimensioni sempre più rilevanti tra le persone di età superiore ai 65 anni di età e rappresentano una importante causa di perdurante disabilità, oltre che di mortalità.

Notevole rilievo epidemiologico rivestono l'asma bronchiale e i disturbi respiratori correlati al sonno che sono in grado di agire anche come fattore di rischio cardiovascolare.

Nelle fasi avanzate le malattie croniche dell'apparato respiratorio possono portare ad una condizione di insufficienza ventilatoria e respiratoria.

Ogni 100.000 abitanti si stima la presenza di 80 – 100 soggetti con insufficienza respiratoria, da trattare con ossigenoterapia domiciliare a lungo termine e di 15 – 30 soggetti che necessitano di ventiloterapia.

Altra patologia dell'apparato respiratorio a grande impatto socio-economico è la neoplasia polmonare: in Italia i nuovi casi/anno sono circa 28.000 nel sesso maschile e 6200 in quello femminile, con circa 31.000 decessi/anno. La nostra Regione è tra le prime in Italia per incidenza.

Considerando che nella maggioranza dei casi di neoplasia del polmone la diagnosi viene posta quando la malattia è già in fase avanzata, è importante definire percorsi diagnostici preferenziali su base multidisciplinare.

La lotta alle malattie dell'apparato respiratorio si basa prioritariamente sulla prevenzione primaria e secondaria agendo altresì, in particolare, sui principali fattori di rischio rappresentati dal fumo e dagli inquinanti negli ambienti di vita e di lavoro.

Per quanto riguarda, invece, la rete prettamente assistenziale, essa dovrà essere definita a partire dai dati epidemiologici e dalle caratteristiche del territorio.

Il sistema pneumologico in rete troverà la sua completa realizzazione anche attraverso la contemporanea definizione di strutture pneumologiche (Hub) in grado di fornire prestazioni diagnostiche ed assistenziali, che per loro caratteristiche devono essere inserite in un bacino di utenza più ampio.

In tale contesto andranno considerate attività quali ad esempio il trapianto polmonare, il trattamento della tubercolosi multiresistente ai farmaci, ma anche altre attività pneumologiche, che per loro caratteristiche potrebbero giovare di tale sistema organizzativo.

Nelle singole Aziende Socio-Sanitarie dovrà essere prevista un'attività pneumologica di tipo territoriale, riferita di norma alle Strutture Pneumologiche ospedaliere, ed in stretto raccordo funzionale con il Distretto Sociosanitario, che rappresenta la sede di intervento e di coordinamento delle attività di assistenza territoriale.

La collaborazione tra ospedali e servizi sanitari territoriali, attraverso l'uso di percorsi diagnostico-terapeutici condivisi, è condizione necessaria per monitorare la salute dei pazienti pneumopatici cronici, prevenire e ridurre l'incidenza di complicanze, diminuire il numero dei ricoveri.

Tale attività dovrà garantire adeguato supporto specialistico medico ed infermieristico nella assistenza domiciliare integrata dei soggetti con patologia cronica respiratoria in insufficienza respiratoria e/o ventilatoria.

Per tale finalità dovrà essere previsto un adeguato supporto tecnologico, anche attraverso l'uso di sistemi di telemonitoraggio.

Alla assistenza pneumologica del territorio potranno inoltre essere riferite quelle attività finalizzate al miglioramento dell'interfaccia tra MMG e specialisti, aumentando così il numero delle patologie respiratorie che possono essere definite e risolte in modo efficace negli ambulatori di cure primarie e/o a domicilio dei pazienti.

L'attività di prevenzione (Centro anti-fumo), taluni aspetti della gestione della problematica tubercolare, sia nell'ambito della cura che della prevenzione (Dispensario Funzionale) e parte dell'attività riabilitativa respiratoria potranno ugualmente trovare realizzazione nell'ambito dell'attività pneumologica territoriale.

### 5.3 Tutela della salute mentale

Il modello operativo attuato finora è l'organizzazione dipartimentale, articolata in una rete integrata di servizi secondo una logica di psichiatria di comunità.

L'esperienza di questi anni ha evidenziato la necessità di considerare la dimensione "mentale" come dimensione psicologico-relazionale, evidenziandola quale polarità imprescindibile in tutti i vari aspetti della salute. E' ora essenziale trasformare il Dipartimento di Salute Mentale nella effettiva struttura di riferimento e coordinamento delle esigenze ospedaliere e territoriali legate a questa più ampia dimensione della salute mentale della popolazione.

Per perseguire l'obiettivo di una ulteriore qualità delle strategie operative è necessario operare alcune importanti scelte organizzative.

Poiché attualmente emerge una disomogeneità dei modelli organizzativi dei vari DSM in relazione ad aree specifiche, è opportuno un approccio programmatico chiaro, coerente e uniforme che, rispettando le peculiarità locali, riaffermi la specifica identità strutturale del DSM nelle integrazioni funzionali con i molteplici soggetti coinvolti nella salute mentale. Sono importanti approcci omogenei che garantiscano:

- la promozione della salute mentale nelle varie fasi del ciclo vitale (adolescenza, età giovanile, adulta, avanzata), consentendo la continuità strategica nella presa in carico delle situazioni problematiche operando anche collegamenti con altri servizi del territorio (medicina scolastica, consultorio familiare);
- l'integrazione funzionale con i Servizi relativi a patologia limitrofe (tossicodipendenza, disabilità, disturbi cognitivi in età senile);
- l'intervento in aree specifiche, quali la Psicologia in Ospedale Generale, la Psichiatria di consultazione e la Psichiatria nelle Carceri;
- i miglioramenti organizzativi tesi a favorire la presa in carico di patologie emergenti (Disturbi del Comportamento Alimentare, Disturbi della Personalità);
- la definizione di percorsi relativi alle criticità specifiche emergenti quali il problema della libera scelta del medico e delle strutture di cura, i percorsi differenziati per tipo di patologia, la nuova cronicità e il bisogno di lungoassistenza;
- i rapporti con il privato sociale, per quanto riguarda le modalità della collaborazione, la gestione dei progetti individualizzati e l'aspetto formativo;
- i rapporti con le strutture sanitarie private, monitorandone l'attività ed i costi relativi, specie tenendo conto dell'alto ricorso alla degenza privata in psichiatria;
- i rapporti con il Distretto e con il Settore Sociale che rispondano a una logica ove l'integrazione funzionale preserva le rispettive individuazioni strutturali;
- i rapporti con i medici di medicina generale, il volontariato, gli stessi pazienti ed in particolare le famiglie, che sono una risorsa essenziale nella ricostruzione del tessuto affettivo, relazionale e sociale.

Emerge la necessità di un coordinamento organico con i Servizi di Salute Mentale dell'Età Evolutiva, per programmare interventi sull'adolescenza e la fascia di età "di confine". E' opportuno pertanto:

- la riorganizzazione di tali servizi, rivolgendo particolare attenzione alle crescenti problematiche dell'età adolescenziale e prevedendo alcuni adeguati spazi di ricovero ospedaliero per l'acuzie, attualmente assenti dalla programmazione regionale vigente

- oltre ad ambulatori, centri di accoglienza, servizi di psicoterapia e consultori per adolescenti costruiti sul modello di integrazione e organizzazione del DSM;
- l'elaborazione di protocolli coordinati in ambito preventivo, individuando le situazioni di disagio e attivando idonei interventi, con attenzione alla problematica del suicidio;
  - l'agevolazione della continuità delle strategie terapeutiche attraverso protocolli di integrazione funzionale;
  - la preservazione delle specificità legate alla età, alle diverse professionalità, alle molteplici aree di sviluppo coinvolte (motoria, cognitiva, psicoaffettiva);
  - il potenziamento della lotta allo stigma, attraverso iniziative di informazione sui disturbi mentali e migliorando una agibilità agli accessi alle cure per i soggetti malati.

#### **5.4 Le dipendenze connesse a particolari stili di vita**

L'obiettivo è contrastare le conseguenze di stili di vita fortemente condizionati da specifiche forme di dipendenza, che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute, con particolare riferimento al fumo di tabacco, all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze stupefacenti. Educare i giovani ad assumere comportamenti corretti e promuovere l'attività motoria significa prevenire malattie gravi (es. respiratorie), ma anche forme di dipendenza (es. abuso di alcol, utilizzo di stupefacenti), depressioni e disturbi del comportamento. A questo scopo vanno favoriti protocolli di collaborazione tra istituzioni, in primo luogo la scuola, per l'avvio di progetti che stimolino l'attività motoria dei giovani.

Le tre aree sulle quali vanno programmati interventi di ordine prioritario sono quelle relative al fumo di tabacco, all'utilizzo di sostanze stupefacenti e all'abuso di alcool.

Per quanto riguarda **il fumo di tabacco**, in Italia ogni anno si verificano 90 mila morti attribuibili al fumo di tabacco che è di gran lunga la prima causa di decesso evitabile nel nostro Paese. Il tabacco provoca più decessi di quelli legati all'alcool, all'AIDS, alle droghe illegali, agli incidenti stradali, ai suicidi e agli omicidi considerati assieme.

E' necessario condurre un efficace intervento integrato contro il fumo di tabacco attraverso:

- la promozione, sensibilizzando la popolazione ad una vita libera da fumo;
- la prevenzione, evitando che i giovani inizino a fumare;
- la protezione, difendendo i non fumatori dall'esposizione al fumo ambientale (fumo passivo);
- il trattamento, promuovendo la cessazione e aiutando i fumatori a smettere;
- lo studio e il monitoraggio dei programmi di prevenzione e controllo.

Per quanto riguarda **l'uso di sostanze stupefacenti**, esso sta assumendo proporzioni sempre più ampie e preoccupanti, soprattutto se si considera la forte diffusione che negli ultimi anni vi è stata di nuove sostanze con rituali di consumo socialmente più accettati e, assai di frequente, associati ad alcool e psicofarmaci. Resta grande, inoltre, la percentuale di persone che presenta tossicodipendenza da eroina e che, ad un'analisi tecnica approfondita, appare tutt'altro che ridotta od in via di contenimento.

Per fronteggiare questo fenomeno, la Regione del Veneto ha attivato un Sistema integrato preventivo assistenziale per le dipendenze da sostanze d'abuso che, grazie ad una rete

capillare di servizi pubblici e privati accreditati, fornisce prestazioni di natura preventiva, terapeutico-riabilitativa e di reinserimento sociale e lavorativo.

Obiettivo generale è l'adeguamento del modello organizzativo di intervento per sostenere le persone che presentano rischio, uso o dipendenza da sostanze stupefacenti o psicoattive, in modo da renderlo in grado di prevedere e rispondere in modo tempestivo ed adeguato all'evoluzione dei bisogni collegati all'emergere di nuovi tipi di droghe e diverse modalità di abuso.

La programmazione in materia deve individuare le seguenti azioni prioritarie:

- la prevenzione selettiva (gruppi a rischio), finalizzata alla realizzazione di interventi rivolti prevalentemente ai comportamenti giovanili emergenti di uso e abuso delle cosiddette nuove droghe, nonché al poliabuso di sostanze legali (alcol) e illegali (marijuana, hashish, cocaina, ecstasy, etc.);
- il trattamento dei cocainomani e dei tossicodipendenti da altre sostanze sintetiche, che consiste nella sperimentazione di nuovi progetti terapeutico-riabilitativo individualizzati, a livello ambulatoriale semiresidenziale e residenziale;
- il reinserimento lavorativo di tossicodipendenti e/o alcolodipendenti, che include interventi, anche sotto forma di borsa lavoro, direttamente finalizzati al reinserimento lavorativo;
- l'adozione o il potenziamento di strategie di intervento efficaci per la realizzazione di azioni, quali: politiche sociali sempre più rispondenti alla crescente complessità sociale; politiche intersettoriali e programmi specifici in grado di promuovere la salute e, nel contempo, di agire attivamente contro l'uso incongruo di ogni tipo di sostanza stupefacente e psicoattiva utilizzate a fini non terapeutici (droghe, farmaci d'abuso, alcool e tabacco compresi); attività di indirizzo e coordinamento nel settore, anche attraverso la stipula di accordi e protocolli di intesa tra la Regione e i diversi soggetti pubblici e privati che a vario titolo interagiscono col settore in questione.

Per quanto riguarda ***l'abuso di alcol***, infine, esso è correlato a diverse patologie quali: la cirrosi epatica, la pancreatite, le neoplasie delle alte vie respiratorie e digerenti, l'ipertensione arteriosa, la sindrome di dipendenza dall'alcol e i traumatismi involontari, cioè stradali, occupazionali, domestici, e volontari. Nel Veneto, le tendenze di queste patologie sono in netta diminuzione, sia in termini di mortalità che di morbosità, soprattutto tra i maschi e le informazioni disponibili riguardo il consumo di alcol sono coerenti con tale andamento.

## **5.5 Le malattie rare**

La Regione Veneto si è dotata di un proprio strumento di programmazione e coordinamento per razionalizzare e potenziare gli interventi assistenziali in materia di Malattie Rare, attraverso:

- il miglioramento dell'appropriatezza degli interventi e quindi delle conoscenze sui bisogni reali di salute;
- l'integrazione strategica e gestionale, a livello centrale, tra le varie iniziative e tra i diversi centri e sedi di attività diagnostico terapeutica;
- la definizione e il miglioramento del livello di integrazione gestionale tra il livello centrale ed il livello delle Aziende UU.LL.SS.SS;

- l'integrazione strategica e gestionale tra le politiche e le azioni del sistema sociosanitario e altre politiche e azioni quali quelle che si sviluppano in altri ambiti sociali, innanzitutto quello scolastico per una organica azione di contrasto agli eventuali handicap residui.

Si è realizzato, finora, un sistema regionale per la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione delle condizioni patologiche riconducibili alle malattie rare in cui le attività, i progetti e gli interventi programmati devono interagire fra loro secondo una logica di rete. In questa rete dovranno essere comprese anche le attività svolte in attuazione di programmi di ricerca o di intervento nazionali od internazionali che vedano coinvolte la Regione, le Università e le Aziende Sanitarie con l'obiettivo di:

- promuovere lo sviluppo sinergico delle attività di assistenza sanitaria ai portatori di Malattie Rare, su tutto il territorio regionale coinvolgendo l'insieme del Sistema Salute;
- migliorare l'appropriatezza degli interventi di assistenza sanitaria ai portatori di Malattie Rare adeguandoli ai bisogni reali di salute;
- orientare i servizi sanitari impegnati nel capo delle Malattie Rare verso una migliore integrazione fra ospedali e fra ospedale e distretto, dando continuità e sistematicità all'azione di coordinamento a livello regionale e locale.

Per perseguire questi obiettivi, il sistema si articolerà in due livelli:

- un livello di rete regionale con funzioni di programmazione e gestione delle principali linee di attività e gestione diretta di alcune principali linee di intervento a valenza regionale mediante l'utilizzo del Registro regionale e del Centro di Riferimento;
- un livello di rete locale costituito dalle varie unità operative e/o servizi con funzioni specifiche operanti nelle varie Aziende UU.LL.SS.SS. ed Ospedaliere in grado di assicurare continuità ai processi assistenziali legati alla specifica patologia ed in grado di assicurare un più complessivo livello di protezione per i pazienti nel loro abituale ambiente, di vita, di studio e di lavoro.

Poiché grande rilievo assume l'aspetto collegato alla migrazione dei flussi di pazienti per i diversi tipi di malattie rare e al fine di evitare disparità di opportunità di trattamento tra i malati che risiedono nei quattro territori contigui dell'area del Nord-Est nonché di pervenire ad un'omogeneità di approccio e strategie programmatiche comuni, le amministrazioni regionali del Veneto, del Friuli Venezia Giulia e delle Province autonome di Trento e di Bolzano hanno sottoscritto un accordo per creare un ambito territoriale omogeneo per l'assistenza alle persone affette da malattie rare, individuando secondo criteri condivisi, i presidi di riferimento per gruppi specifici di patologia e provvedendo, per quanto possibile, ad omogeneizzare gli approcci assistenziali e le tipologie e modalità di accesso a benefici particolari per specifica forma di patologia, in sintonia con le disposizioni comunitarie sulla libera circolazione dei pazienti nella UE. E' stato altresì istituito un unico e condiviso sistema di monitoraggio.

Per portare a compimento il progetto, che vedrà il livello di rete regionale essere riconosciuto anche quale livello di rete interregionale, si dovranno:

- applicare regole comuni per l'individuazione dei presidi di riferimento per specifici gruppi di patologie rare;

- incrementare l'utilizzo del già condiviso sistema di monitoraggio delle attività e delle storie assistenziali dei pazienti;
- produrre concordate linee guida assistenziali ;
- incentivare la creazione di legami di attività privilegiata e stabile con le altre Regioni italiane, con le Regioni europee viciniori e con altri Paesi europei;
- supportare le iniziative comuni finalizzate alla formazione e all'aggiornamento professionale;
- favorire le attività di ricerca ed innovazione svolte in modalità collaborativa tra più soggetti pubblici e privati attivi nell'area.

## **5.6 Le malattie terminali, cure palliative e lotta al dolore**

L'inguaribilità è ormai una condizione diffusa: può assumere un decorso lento, compatibile con buoni livelli di qualità di vita, o presentarsi in forme avanzate e a più rapido decadimento, con un quadro complesso di problemi di salute. Per i malati inguaribili è conveniente un approccio palliativo, fino all'organizzazione di vere e proprie cure di fine vita. La cura, anche se non c'è più possibilità di guarigione, è, quindi, un diritto del malato perseguito fino al decesso. Ugualmente, si registra ancora un'insufficiente disponibilità di cure per tutti i malati che ne potrebbero giovare.

La condizione di sofferenza per i malati più gravi è alimentata da problemi fisici, da difficoltà relazionali e di ristrutturazione del proprio ruolo sociale, da preoccupazioni per i congiunti. Quindi l'approccio palliativo è multidimensionale e conseguibile con il contributo di più competenze. L'inguaribilità oncologica ha maggiormente stimolato la riflessione e l'acquisizione di strumenti palliativi, ma questi si sono rivelati estremamente utili anche per altre forme di patologia: la palliazione deve diventare un modo diffuso d'offerta sanitaria e sociale, nonchè trovare esplicita compiutezza in piani regionali e locali per l'inguaribilità avanzata. La programmazione regionale dovrà, quindi, perseguire l'obiettivo di conseguire la continuità delle cure, conservandone elevata l'intensità, ma modulandone la forma (ambulatoriale, domiciliare, residenziale e ospedaliera) nel seguire l'evoluzione dei problemi del malato. Per conseguire questo obiettivo è necessario che il coordinamento generale di processo venga condotto in modo unitario: le Aziende UU.LL.SS.SS. daranno piena attuazione alle linee di pianificazione già esistenti attraverso la costituzione dei Nuclei di Cure Palliative, secondo modalità di lavoro in équipe e con la presenza di operatori con differente competenza per tutelare il malato e la sua famiglia in tutte le dimensioni di vita.

Inoltre, dovrà essere previsto un ampliamento delle cure da erogarsi a domicilio da parte di operatori dotati di specifica preparazione e dovrà essere rivista la rete regionale dei centri residenziali di cure palliative (hospices).

I risultati attesi da questa serie di azioni saranno:

- l'aumento del numero dei malati che possono giovare di cure palliative efficaci e accessibili;
- l'aumento della qualità di vita dei malati e dei loro familiari, tale da consentire loro una reale partecipazione alla vita di relazione, pur nell'evoluzione della malattia e il decadimento dell'autonomia;

- la riduzione del ricorso a prestazioni inappropriate, in particolare ospedaliere, per sopperire al difetto di competenza e capacità di altre parti del sistema d'offerta, come quelle domiciliari e residenziali.

L'inguaribilità avanzata è spesso caratterizzata dalla presenza di dolore: è una condizione di sofferenza in grado di pervadere tutti i piani di vita del malato. La stessa sofferenza accompagna molte persone per patologie a lungo decorso o transitoriamente per stati acuti di malessere o trattamenti chirurgici. Il dolore, conosciuta la sua origine, è spesso inutile ai fini clinici: pertanto il cittadino ha diritto a vedere il proprio dolore da evitabile a curato e risolto. In ogni fase delle cure e in ogni luogo siano erogate questo diritto deve essere tutelato.

Ogni Azienda sanitaria dovrà quindi:

- rafforzare i Comitati aziendali contro il Dolore, già previsti dall'attuale programmazione;
- stendere un piano locale di lotta al dolore, con la definizione di azioni specifiche e verificabili, offrendo collaborazione anche a strutture private che desiderino aderirvi, fino ad una condizione costante di assenza di dolore per gli utenti;
- introdurre la valutazione del dolore come parametro vitale nella pratica clinica;
- porre una maggior attenzione prescrittiva verso i farmaci a maggior efficacia antalgica e a maggior sicurezza d'uso, con una particolare attenzione per un maggior uso di oppioidi, soprattutto di morfina, in ogni condizione di dolore.

Infine, un impegno specifico dovrà essere rivolto alla cura dell'inguaribilità e del dolore verso i bambini e gli adolescenti che, sebbene in numero contenuto, rappresentano una quota della popolazione con particolare vulnerabilità e debolezza. In particolare, dovranno essere sostenute le competenze diffuse in ambito pediatrico, sia ospedaliero che residenziale e territoriale, per un reale attuazione alla tutela complessiva della fascia minorile e per rendere compiutamente operativo il progetto regionale di hospice pediatrico.

## **5.7 La sanità veterinaria e l'igiene alimentare**

Gli episodi di influenza aviaria, riscontrati negli ultimi anni, hanno messo in evidenza la necessità di continuare il piano di monitoraggio nell'intero territorio regionale nonché di approntare una strategia per il controllo e l'eradicazione di eventuali focolai.

La Blue Tongue che interessa molte regioni italiane, impone l'esigenza di monitorare la diffusione dei vettori di tale malattia infettiva. Tale attività di controllo deve essere estesa anche alla West Nile, in quanto rappresenta una importante zoonosi che potrebbe, a seguito degli episodi verificatisi in Toscana qualche anno fa, insorgere anche nel territorio regionale.

Accanto alle malattie sopracitate, che rappresentano delle emergenze sanitarie, deve continuare l'attività di risanamento degli allevamenti dalla tubercolosi bovina, dalla brucellosi bovina ed ovicaprina e dalla leucosi bovina enzootica, sia per la loro valenza sanitaria sulla salute umana (tubercolosi e brucellosi) sia per l'importanza economica (leucosi, rinotracheite infettiva dei bovini (IBR)). Deve inoltre essere perfezionato l'avvio delle attività relative alle problematiche emergenti quali l'igiene urbana.

Uno dei principali compiti del Servizio Veterinario dovrà essere l'organizzazione e la gestione, a livello regionale, del piano triennale di sorveglianza epidemiologica a supporto

dei programmi nazionali di controllo ed eradicazione delle malattie infettive e contagiose degli animali, da realizzarsi anche con il coinvolgimento dei veterinari aziendali. A tal fine sarà necessario potenziare, nell'ambito dei Servizi veterinari ed in stretto collegamento con la banca dati anagrafica degli allevamenti e dei singoli capi bovini, l'Osservatorio epidemiologico per le funzioni di studio e coordinamento delle attività di sorveglianza epidemiologica finalizzate al monitoraggio e al miglioramento dello stato sanitario delle popolazioni animali prezioso indispensabile per la salubrità degli alimenti di origine animale.

Le azioni prioritarie in relazione alla sorveglianza epidemiologica sono le seguenti:

- l'acquisizione di informazioni necessarie per una valutazione obiettiva dello stato sanitario degli allevamenti e quindi della salubrità degli alimenti di origine animale destinati all'uomo;
- la razionalizzazione ed armonizzazione delle attività di monitoraggio e sorveglianza, negli allevamenti;

Oltre all'attuazione del piano triennale per la sorveglianza epidemiologica è indispensabile dare continuità al Piano triennale per la sicurezza alimentare, che coinvolge i servizi veterinari e il Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN). Il Libro Bianco della U.E. sulla Sicurezza Alimentare ha affrontato estesamente i vari punti correlati all'approntamento dei sistemi nazionali e comunitari per garantire la sicurezza alimentare, anche nutrizionale, e nel contempo ha evidenziato l'importanza del consumatore come figura da tutelare, quale destinatario di tutte le informazioni relative alle problematiche alimentari e quindi parte consapevole ed attiva del "sistema sicurezza". Un approccio organico, analitico e complessivo al problema della sicurezza alimentare, oltre a fornire una risposta adeguata e una corretta informazione al consumatore, contribuisce ad una razionalizzazione degli interventi di prevenzione da parte della Regione, rendendoli più efficaci. Per tali motivi è più opportuno parlare di Sicurezza Alimentare in quanto comprendente, nello spirito comunitario del "...dal campo, alla tavola...", sia la sanità animale che l'igiene alimentare.

Conseguentemente si deve mirare l'attività verso un complesso di azioni di prevenzione, controllo e miglioramento dei processi produttivi, indicata genericamente come "sistema di autocontrollo". In questo nuovo contesto i produttori, a qualsiasi livello, si rendono garanti del loro prodotto attraverso l'applicazione del metodo HACCP (Hazard Analysis Control Critical Point). Compito quindi dell'autorità competente sanitaria sarà quindi la verifica dell'efficacia di tali autocontrolli, verificandone l'attendibilità e la affidabilità. E' necessario quindi attuare un nuovo "sistema di controlli" basato sull'integrazione dell'attività di controllo ufficiale con quella dell'autocontrollo. Per raggiungere questo nuovo obiettivo, finalizzato a mantenere il buon livello dei prodotti veneti o consumati in Veneto, occorre mettere in atto un adeguato processo formativo e costituire una struttura dedicata alla corretta comunicazione al consumatore finale.

Elemento pregiudiziale è la costituzione di un nodo informativo regionale dei Servizi Veterinari e dei SIAN in grado di organizzare e gestire tutte le informazioni necessarie alla valutazione del rischio, con la finalità inoltre di realizzare un modello gestionale unico e condiviso per tutte le realtà territoriali. Inoltre, per dare efficienza al sistema si dovrà completare il progetto di informatizzazione e messa in rete dei laboratori pubblici, per il controllo ufficiale, e dei laboratori privati, per l'autocontrollo. Infine si dovrà definire un particolare raccordo operativo con l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie per definirne il ruolo in merito all'attuazione delle attività programmate.

## 5.8 L'ambiente e la salute

L'esposizione ai contaminanti presenti nell'aria, nell'acqua, nel cibo e nel suolo può avere effetti nocivi sulla salute umana. La salvaguardia della qualità dell'ambiente è fondamentale, quindi, al fine di ridurre i rischi.

I fattori ambientali che condizionano la salubrità dell'ambiente e su cui devono concentrarsi le azioni e gli interventi di protezione e tutela riguardano la qualità delle acque, potabili e di balneazione, l'inquinamento atmosferico, con riferimento soprattutto alle polveri sottili, quello elettromagnetico, acustico e del suolo, la dannosità degli ambienti confinati, lo smaltimento dei rifiuti, il gas radon.

Per quanto riguarda le **acque potabili**, le linee d'azione prioritarie da seguire per garantire alla popolazione una buona qualità delle acque potabili consisteranno perciò:

- nel potenziamento della sorveglianza sanitaria da esposizione al consumo di acqua;
- nell'applicazione di procedure condivise su contaminanti idrici e nella gestione del rischio correlato;
- nell'attività di diffusione di informazioni sulla natura e la qualità delle acque.

All'**inquinamento atmosferico** è attribuibile oggi una quota rilevante di morbosità acuta e cronica e la diminuzione della speranza di vita dei cittadini che vivono in aree con livelli di inquinamento elevato. Non sembra esserci una soglia di inquinamento atmosferico al di sotto della quale non si osservino danni.

I gruppi di popolazione più colpiti dall'inquinamento ambientale sono soprattutto gli anziani, i bambini e le persone in condizione di salute più compromessa quali i soggetti affetti da patologie cardiache e respiratorie.

Quello urbano rappresenta oggi il problema principale sia dal punto di vista ambientale che sanitario, considerato che circa l'80% della popolazione vive nelle aree urbane ed in esse si concentrano la gran parte delle attività antropiche potenzialmente inquinanti. La gravità degli effetti sulla salute umana, sia a breve che a lungo periodo, di questi inquinanti è direttamente proporzionale alla concentrazione dei medesimi, al tempo e alle modalità di esposizione e la associazione con altri fattori di rischio può rafforzare considerevolmente l'entità dei singoli rischi.

Si rende, pertanto, necessario sviluppare opportuni programmi di sorveglianza epidemiologica degli effetti delle polveri sottili, PM10 (prodotto dai trasporti per il 49% e dall'industria per il 27%), PM2.5, delle polveri ultrafini, e delle componenti del particolato nelle città italiane.

Gli obiettivi che dovranno essere perseguiti con iniziative intersettoriali consistono, pertanto:

- nel miglioramento della qualità dell'aria nei centri urbani, come fattore determinante per la prevenzione attiva di patologie cardio-respiratorie, allergiche, asma, tumori, mettendo in atto tutte le misure disponibili nel settore dei trasporti, dell'industria e dell'energia, per

- far rispettare gli obiettivi di qualità fissati nelle direttive comunitarie recepite dalle norme nazionali vigenti. Le misure devono riguardare tra le altre cose, i trasporti sostenibili;
- nel miglioramento della qualità dell'aria in prossimità di scuole e di luoghi pubblici frequentati da bambini, limitando la circolazione di mezzi altamente inquinanti;
  - nella garanzia, per tutti i cittadini, di un facile accesso a informazioni chiare e comprensibili riguardo all'impatto dell'inquinamento atmosferico sulla salute per poter fare delle scelte sui propri comportamenti;
  - nella promozione di un coordinamento adeguato tra i gestori delle informazioni sulle concentrazioni degli inquinanti ambientali.

Per quanto riguarda le **acque di balneazione**, l'attuale sistema di controllo può fornire indicazioni incomplete per la valutazione dei rischi di esposizione, a causa della molteplicità e variabilità dei fattori propri dell'ambiente acquatico.

Pertanto, gli obiettivi da perseguire, sono:

- la promozione di una gestione integrata della qualità delle acque, tale da permettere azioni volte a prevenire l'esposizione dei bagnanti a rischi sanitari inaccettabili;
- la garanzia di informazione completa e aggiornata alla popolazione sulle condizioni delle spiagge, sulle pratiche di gestione e sulla qualità delle acque di balneazione, potenziando e sviluppando i processi di partecipazione dei cittadini.

La comunità scientifica ha cominciato a studiare negli ultimi decenni i possibili effetti nocivi dei campi elettromagnetici (CEM) e di pari passo sono aumentati gli interrogativi relativi ai possibili effetti sulla salute legati all'**inquinamento elettromagnetico**. Pertanto, si dovranno mettere in atto interventi di contenimento diretti ad incidere sulla produzione e sulla diffusione delle radiazioni non ionizzanti.

Livelli eccessivi di rumore possono compromettere la buona qualità della vita perché sono causa di disagio fisico e psicologico.

Per quanto riguarda l'**inquinamento acustico** l'obiettivo da realizzare consiste, quindi, nella prevenzione e nella riduzione degli effetti nocivi dell'inquinamento acustico sull'organo dell'udito e sull'intero organismo mediante:

- l'individuazione ed il controllo, se non la rimozione, di questo fattore di rischio negli ambienti di vita e di lavoro promuovendo il rispetto dei limiti di emissione imposti dalla normativa vigente;
- l'implementazione di iniziative per ridurre l'esposizione all'inquinamento acustico, anche in linea con la normativa comunitaria.

Sarà quindi necessario sviluppare interventi mirati a garantire alla popolazione di vivere in ambienti confinati salutarissimi dal punto di vista fisico e sociale, a casa, a scuola, sul luogo di lavoro e nella comunità locale.

Analoghe iniziative di tutela dovranno essere assunte anche per quanto riguarda lo **smaltimento dei rifiuti**, per il quale si intende perseguire una sensibile riduzione della quantità prodotta al fine di minimizzare i rischi per la salute umana e per l'ambiente.

Relativamente al **gas radon**, la Regione continuerà ad attuare una strategia di controllo e bonifica degli edifici accompagnata da iniziative per la tutela dei lavoratori riguardo ai rischi derivanti dall'esposizione al radon.

Altri due fattori condizionano la salute individuale e collettiva: i **contaminanti del cibo** e gli effetti degli **eventi meteorologici estremi**.

L'alimentazione riveste un ruolo fondamentale nell'assicurare e mantenere lo stato di benessere ed è pertanto importante valutare e ridurre al minimo le potenzialità di contaminazione chimica e microbiologica del cibo.

In particolare, per quanto attiene la sorveglianza nutrizionale, verranno adeguatamente consolidate sia la valutazione e la diffusione degli studi sulla popolazione scolastica sia la definizione della frequenza di rilevazione e degli strumenti per indagare i profili alimentari.

Gli effetti degli eventi meteorologici estremi, infine, (ondate di calore, di picchi di freddo, siccità, inondazioni e tempeste) possono essere particolarmente devastanti quando colpiscono gruppi di popolazioni di per sé già vulnerabili come bambini, anziani, disabili e indigenti che, a causa delle loro ristrettezze sociali ed economiche, si trovano ad avere particolari esigenze sanitarie. Per contrastare gli effetti sanitari degli eventi climatici estremi, occorre sviluppare opportuni sistemi di sorveglianza epidemiologica, in grado di evidenziare tempestivamente l'andamento della mortalità giornaliera e della morbosità, promuovere la creazione di una rete organizzativa e di un protocollo operativo per fronteggiare l'emergenza e soprattutto di un sistema di allarme-allerta collegato con la protezione civile anche al fine di proteggere le persone fragili (anziani) in condizioni di maggiore rischio.

## 6. FINANZIAMENTO DEL SSSR

Il finanziamento del Servizio Socio Sanitario Regionale è assicurato dalle seguenti voci in entrata:

- attribuzione dei contributi per le prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale e delle somme ad essi connesse;
- rimborsi delle spese per prestazioni erogate a cittadini stranieri;
- quota di riparto del fondo sanitario nazionale, tenuto conto della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni per tipologia di prestazioni;
- eventuale concorso del bilancio regionale;
- compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria (anche in conseguenza di quanto stabilito dalla Finanziaria 2007).

La capacità della Regione del Veneto di mantenere elevati i livelli di assistenza sanitari e socio sanitari si fonda su un processo di rivisitazione organizzativa, strutturale e funzionale delineato nelle precedenti sezioni del piano.

La diretta correlazione tra responsabilità e risorse disponibili per la Regione del Veneto si traduce nella ricerca costante e sistematica di una maggiore appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie, che ha come conseguenza una loro maggiore economicità.

Tale approccio incide in particolar modo nelle seguenti aree:

- mantenimento dell'erogazione dei LEA;
- sviluppo delle iniziative e dei piani di prevenzione ai fini di contenimento della spesa in un'ampia prospettiva temporale;
- governo economico e finanziario dell'assistenza ospedaliera;
- governo economico e finanziario dell'assistenza extraospedaliera;
- controllo della spesa farmaceutica;
- governo economico e finanziario della spesa inerente l'edilizia sanitaria e l'ammodernamento tecnologico;
- promozione della formazione continua ai fini dell'elevazione della qualità delle prestazioni e della professionalità degli operatori;
- definizione di debiti informativi funzionali all'azione di governo.

La costante tenuta sotto controllo degli elementi sopra elencati si aggiungerà alle ormai usuali ed efficaci metodologie di verifica sui bilanci delle Aziende Ulss ed Ospedaliere del Veneto. Nondimeno, le procedure inerenti gli acquisti centralizzati daranno luogo in prospettiva ad importanti e significative economie di scala, che si ricollegano alle trasformazioni organizzative di area vasta.

Inoltre, la Regione del Veneto rafforzerà le azioni già avviate da tempo per mantenere quanto previsto dall'art. 50 del Decreto-Legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito con Legge 24 novembre, n. 326, che fornisce disposizioni in materia di "monitoraggio della spesa nel settore sanitario e di appropriatezza delle prescrizioni sanitarie" per consentire allo Stato ed alle Regioni una verifica rigorosa dei punti di origine della spesa farmaceutica

e per prestazioni specialistiche attraverso il monitoraggio dell'intero ciclo: dalla prescrizione alla erogazione dei servizi sanitari".

Per i casi di eventuale situazione di squilibrio, sarà disposta la redazione di appositi piani di rientro a cui si accompagnerà l'obbligo di autorizzazione all'effettuazione di spese.

Infine, alcuni fattori di aumento della spesa saranno sottoposti ad azioni di maggiore monitoraggio e controllo quali l'incremento dei posti letto e delle tariffe delle case di riposo, gli aumenti dei volumi di produzione e tariffari dei privati preaccreditati e la creazione di nuovi istituti di cura.

## 7. MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

Il grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dal Piano socio-sanitario regionale, come strumento di programmazione ed espressione delle strategie di politica sanitaria, regionale dovranno essere monitorati nel corso del tempo, valutando ad intervalli regolari il loro grado di raggiungimento.

Monitorare la performance significa misurare le prestazioni, apprezzare i comportamenti agiti, fornire un feedback, al fine di:

- verificare il grado di raggiungimento dei risultati intermedi;
- individuare eventuali azioni correttive che si dovessero rendere necessarie;
- consentire l'eventuale ridefinizione degli obiettivi.

La performance deve essere valutata secondo una visione sistemica delle organizzazioni socio sanitarie che tenga in considerazione:

- gli obiettivi generali ovvero le principali finalità del sistema;
- i problemi di salute della popolazione a cui il sistema sanitario si rivolge;
- i risultati sia in termini di salute (impatto sulla salute di popolazione e individui) sia di fattori non direttamente riferiti alla salute (capacità di risposta alle attese dei cittadini, equità nei criteri finanziari, ecc.);
- i servizi e le prestazioni erogate (quantità, qualità, appropriatezza, efficienza produttiva, ecc.);
- l'organizzazione interna, ovvero metodi adottati dal sistema per soddisfare le attese sociali in termini di accessibilità, adeguatezza, grado di efficienza manageriale, livello di integrazione tra i servizi, ecc.

La performance del sistema dovrà essere valutata su più elementi che riguardano per lo più aspetti di carattere:

- economico finanziario;
- socio sanitario e qualitativa (stato di salute e di benessere sociale);
- organizzativo (erogazione del servizio).

La dimensione economica finanziaria, analizzerà l'efficienza e l'economicità dei servizi socio sanitari, mettendo in relazione risorse disponibili e meccanismi di remunerazione con i servizi e le prestazioni erogate ai cittadini.

L'analisi di questa dimensione sarà affrontata su due piani: da un lato con la rendicontazione economico patrimoniale integrandola con sistemi di contabilità direzionale; dall'altro attraverso la valutazione della correlazione tra la remunerazione (tariffa, prezzo o finanziamento) e ciò che viene erogato.

La dimensione socio sanitaria e qualitativa valuterà l'impatto della fruizione dei servizi e delle prestazioni per le quali vi è effettiva evidenza clinica, in termini di rapporto costo-efficacia-sicurezza. Diversi sono, a tal proposito gli strumenti da sviluppare:

- analisi statistiche epidemiologiche;
- indicatori di qualità e di esito;
- strumenti di valutazione della customer satisfaction;

- technology assessment.

La dimensione organizzativa riguarda l'insieme degli elementi che caratterizzano le organizzazioni e il loro funzionamento, in termini di grado di utilizzo delle risorse tecnologiche e di personale rispetto all'erogazione dei servizi e alla domanda dei cittadini. Con l'approvazione del Piano Socio Sanitario si andrà a definire un modello di misurazione, monitoraggio e valutazione della performance basato su una visione sistemica che ne tenga in considerazione le diverse dimensioni, capace di verificare l'adozione ed il mantenimento di processi di miglioramento continuo da parte delle strutture accreditate pubbliche e private, nonché i livelli di assistenza e in generale gli obiettivi strategici fissati dal Piano Socio-Sanitario.

PARTE NOTIZIALE  
(aggiornata alla data di presentazione del progetto)

**Nota all'articolo 1**

**Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (1).**

ISTITUZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (2).

**Art. 5. Indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali.**

La funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle regioni in materia sanitaria, attinente ad esigenze di carattere unitario, anche con riferimento agli obiettivi della programmazione economica nazionale, ad esigenze di rigore e di efficacia della spesa sanitaria nonché agli impegni derivanti dagli obblighi internazionali e comunitari, spetta allo Stato e viene esercitata, fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, mediante deliberazioni del Consiglio dei ministri, su proposta del Presidente del Consiglio, d'intesa con il Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

Fuori dei casi in cui si provveda con legge o con atto avente forza di legge, l'esercizio della funzione di cui al precedente comma può essere delegato di volta in volta dal Consiglio dei Ministri al Comitato interministeriale per la programmazione economica (CIPE), per la determinazione dei criteri operativi nelle materie di sua competenza, oppure al Presidente del Consiglio dei ministri, d'intesa con il Ministro della sanità quando si tratti di affari particolari.

Il Ministro della sanità esercita le competenze attribuitegli dalla presente legge ed emana le direttive concernenti le attività delegate alle regioni.

In caso di persistente inattività degli organi regionali nell'esercizio delle funzioni delegate, qualora l'inattività relativa alle materie delegate riguardi adempimenti da svolgersi entro termini perentori previsti dalla legge o risultanti dalla natura degli interventi, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi in sostituzione dell'amministrazione regionale.

Il Ministro della sanità e le amministrazioni regionali sono tenuti a fornirsi reciprocamente ed a richiesta ogni notizia utile allo svolgimento delle proprie funzioni.

(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 28 dicembre 1978, n. 360, S.O.

(2) Vedi, anche, le disposizioni contenute nel decreto legge 30 dicembre 1979, n. 663.

-----

**Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (1).**

RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA DELL'ARTICOLO 1 DELLA L. 23 OTTOBRE 1992, N. 421 (2).

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

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona

umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

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

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

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

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

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998-2000 (4):

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

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di

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

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

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

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

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

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

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri

Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

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

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

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

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

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

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

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

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora

ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460 (5).

(1) Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.

(2) Vedi, anche, l'art. 32, Decreto del Presidente della Repubblica 18 aprile 1994, n. 441.

(3) Comma così modificato dall'art. 1, Decreto Legge 18 settembre 2001, n. 347.

(4) Vedi, anche, il comma 1 dell'art. 54, Legge 27 dicembre 2002, n. 289.

(5) Articolo prima modificato dall'art. 2, Decreto Legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 (Gazzetta Ufficiale 15 dicembre 1993, n. 293, S.O.), e successivamente così sostituito dall'art. 1, Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Gazzetta Ufficiale 16 luglio 1999, n. 165, S.O.). Con Decreto del Presidente della Repubblica 23 luglio 1998 (Gazzetta Ufficiale 10 dicembre 1998, n. 288, S.O.) è stato approvato il Piano sanitario per il triennio 1998-2000. Il progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale è stato adattato, per il triennio 1998-2000, con Decreto Ministeriale 24 aprile 2000 (Gazzetta Ufficiale 7 giugno 2000, n. 131, S.O.), divenuto giuridicamente efficace e suscettibile di esecuzione amministrativa, dopo la registrazione alla Corte dei conti, il 13 ottobre 2000 (comunicato in Gazzetta Ufficiale 10 novembre 2000, n. 263). Con Decreto del Presidente della Repubblica 23 maggio 2003 è stato approvato il Piano sanitario nazionale 2003-2005. Con Decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006 è stato approvato il Piano sanitario nazionale 2006-2008.

-----  
**Legge 8 novembre 2000, n. 328 (1).**

**LEGGE QUADRO PER LA REALIZZAZIONE DEL SISTEMA INTEGRATO DI INTERVENTI E SERVIZI SOCIALI.**

**Art. 22.** *Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

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

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

a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;

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

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

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

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;

- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;
- e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario.

(1) Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 13 novembre 2000, n. 265, S.O.