



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE ECONOMICHE ED AZIENDALI
"M.FANNO"

CORSO DI LAUREA IN ECONOMIA

PROVA FINALE

"LA RIFORMA DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE DEL
VENETO: UN'ANALISI DEI PROCESSI DI CAMBIAMENTO IN ATTO
NELLA NUOVA A-ULSS 1 "DOLOMITI""

RELATORE:

CH.MO PROF. VINCENZO REBBA

LAUREANDO: GIOVANNI DE FRANCESCO

MATRICOLA N. 1092077

ANNO ACCADEMICO 2016 – 2017

SOMMARIO

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1 - CONTENUTO ED ANALISI DELLA RIFORMA DEL SSR VENETO	5
A – LA SITUAZIONE VENETA “PRE FUSIONE”	5
B - LEGGE REGIONALE 25 OTTOBRE 2016, N°19: IN COSA CONSISTE, OBIETTIVI E MOTIVAZIONI	8
CAPITOLO 2 – INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA & OSPEDALE- TERRITORIO, FOCUS SULLA SITUAZIONE DELLA NUOVA AULSS 1 “Dolomiti”	16
A – IL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012-16	16
B – INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA & OSPEDALE-TERRITORIO: OBIETTIVI E STRUMENTI	23
C – IL CONTESTO BELLUNESE IN RELAZIONE AL CONCETTO DI INTEGRAZIONE	31
CONCLUSIONE	42
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI	44

INTRODUZIONE

La presente Prova Finale si pone l'obiettivo di studiare e analizzare la situazione attuale (maggio 2017) del Servizio Sanitario Regionale Veneto, di comprendere e spiegare il concetto di Integrazione e di compiere un particolare focus in merito alla domanda e all'offerta sanitaria nella nuova Azienda Ulss 1 Dolomiti.

Per fare ciò sono stati presi come oggetto d'esame i due documenti attualmente più importanti dal punto di vista sanitario, ovvero il Piano Socio Sanitario Regionale del quinquennio 2012-2016, ulteriormente prorogato fino al termine del 2018, e la Legge regionale n°19 del 25 ottobre 2016 che sancisce l'istituzione dell'Azienda Zero e la ridefinizione della Aziende Ulss del Veneto. Lo studio intende concentrarsi nell'interpretazione e rielaborazione dei contenuti principali di questi documenti, degli obiettivi operativi che pongono al Sistema Socio Sanitario Regionale e soprattutto delle ragioni e delle motivazioni strategiche e gestionali che si celano dietro ad ogni loro direttiva.

Per valutare la situazione bellunese invece è stata compiuta una ricerca personale, insieme all'aiuto di IRES Veneto e della Funzione Pubblica della CGIL di Belluno, dedicata all'ottenimento di alcuni dati rilevanti per valutare la domanda e soprattutto l'offerta dei servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali della nuova Azienda Ulss 1 Dolomiti. Questi indicatori sono stati raccolti, confermati ed elaborati tramite ricerche online e ricerche all'interno dei documenti aziendali e del Distretto, tramite richieste esplicite al controllo di gestione della ex Azienda Ulss 1 di Belluno e tramite tre interviste svolte personalmente a del personale della Azienda Ulss 1 Dolomiti. Tali indicatori pur non rappresentando totalmente la complessità dei bisogni e delle risposte sanitarie, socio-sanitarie e socio assistenziali offerte, sono comunque in grado di dare un contributo all'individuazione dei punti di forza e di debolezza dei processi in atto di integrazione socio sanitaria e di integrazione Ospedale-Territorio.

La prova finale è strutturata in due capitoli, a cui seguono le conclusioni.

Il primo capitolo è dedicato alla riforma del SSR ed è composto da due parti:

1. La prima comprende una contestualizzazione storico sociale e gestionale del SSR, la quale aiuta a comprendere i motivi che hanno spinto verso la riforma del SSR;
2. La seconda invece comprende l'analisi generale della riforma del SSR del 2016, con approfondimenti specifici per quel che riguarda l'Azienda Zero e la ridefinizione delle Azienda Ulss.

Il secondo capitolo è dedicato al concetto di Integrazione Socio-Sanitaria & Integrazione Ospedale-Territorio, principi cardine del PSSR e alla valutazione della situazione della Azienda Ulss 1 Dolomiti, ed è composto da tre parti:

1. La prima è dedicata alla presentazione generale ed analisi del PSSR
2. La seconda è dedicata al doppio concetto di Integrazione, con la presentazione degli strumenti che la caratterizzano
3. La terza è dedicata alla valutazione della domanda e dell'offerta dei servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali della nuova Azienda Ulss 1 Dolomiti.

CAPITOLO 1 - CONTENUTO ED ANALISI DELLA RIFORMA DEL SSR VENETO

A. LA SITUAZIONE VENETA “PRE FUSIONE”

B. LEGGE REGIONALE 25 OTTOBRE 2016, N°19: IN COSA CONSISTE, OBIETTIVI E MOTIVAZIONI

A – LA SITUAZIONE VENETA “PRE FUSIONE”

Per comprendere totalmente la riforma del Sistema Sanitario Regionale (SSR) del Veneto del 2016 ed avere un quadro generale, occorre partire dalla comprensione della situazione veneta antecedente il 2016, in modo da individuare ed analizzare i fattori qualificanti che hanno spinto verso questa decisione.

Sin dall'unità d'Italia del 1861, il sistema sanitario nazionale è sempre esistito. Partito con forme e funzionalità diverse, il sistema sanitario nazionale prende la sua forma e struttura definitiva soltanto con la L. 833/1978 con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), ispiratosi al National Health Service britannico (1948). Il principio fondamentale era ed è tutt'ora quello della copertura universale del rischio sanitario a fronte di un finanziamento pubblico.

L'organizzazione del SSN prevede attualmente tre livelli:

- Il Ministero della Salute, che elabora il Piano Sanitario Nazionale
- Le Regioni, che elaborano i Piani Socio Sanitari Regionali
- Le Aziende Sanitarie, che si dividono in: Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende Ospedaliere e Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS)

A livello di ricerca in questa prova finale ci si concentrerà soltanto sulla regione Veneto e sulle sue ASL (in particolare quelle bellunesi), ma è di rilevante importanza scoprire le motivazioni per cui si può prendere in considerazione una sola regione, mantenendo comunque un quadro completo del sistema di riferimento.

La prima forma del SSN era imperfetta e ricca di lacune. Sin da subito si notano diverse problematiche: un incremento dei costi di gestione del SSN, la sua incontrollabilità a causa della separazione di poteri tra chi realizzava si occupava della gestione economica e chi la

rendeva possibile tramite finanziamenti, ovvero lo Stato e le sue Regioni e l'assenza di standard minimi di assistenza e proliferazione dell'offerta sanitaria.

Per questi motivi negli anni '90 (D.Lgs 502/1992, D.Lgs 724/1992, D.Lgs 229/1999, D.Lgs 446/1997) vengono approvate alcune riforme che prevedono la riorganizzazione del SSN. In particolare queste consistono nella ridefinizione dei 2 livelli più a valle del SSN. Per quel che riguarda le regioni si ridefiniscono le responsabilità generali che stanno in capo loro, soprattutto grazie all'ottenimento dell'autonomia finanziaria regionale. A livello territoriale invece, la grande riforma consiste nell'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali, ovvero la loro trasformazione in Aziende Sanitarie Locali (ASL). In particolare queste neo Aziende vengono dotate di potere decisionale e di personalità giuridica pubblica in quanto ora sono riconosciute come Enti strumentali della Regione. Di conseguenza vengono annesse loro molte peculiarità di tipo aziendale, ad esempio l'obbligo di tenere una contabilità economico-patrimoniale e la disposizione di organigrammi del personale ben definiti.

Uno degli effetti derivanti dal risultato delle ASL come Enti della Regione è la necessità fisiologica delle Regioni di avere una suddivisione ordinata del territorio, per poter svolgere il servizio nel modo più efficace ed efficiente possibile. In congruenza con questi principi viene stabilita con il D.Lgs 571/1992 la ridefinizione del territorio di incidenza delle ASL, d'ora in poi coincidente con quello delle provincie, quindi ogni provincia detiene tot ASL al suo interno. Queste riforme, volte a razionalizzare il sistema, portano così ai primi tagli e ad un primo accorpamento delle ASL, in particolare in Veneto si passò dalle 36 USL del 1992 alle 21 ASL del 2000 (numero che resterà fisso fino alla riforma presa in esame). L'accorpamento porta così al passaggio da 127.150 abitanti in media per ASL nel 1992 a 221.090 abitanti in media per ASL nel 2000, quasi raddoppiandoli.

La situazione veneta nel 2016, anno pre fusione, è la seguente:

TABELLA 1 – Assetto AULSS in Veneto dal 1 gennaio 2016, bacino di utenza e numero Comuni afferenti. Fonte: elaborazione dati IRES

EX AULSS	POPOLAZIONE	N° COMUNI
1 – BELLUNO	123 860	48
2 – FELTRE	82 996	16
3 – BASSANO DEL GRAPPA	180 734	28
4 – ALTO VICENTINO	188 274	32
5 – OVEST VICENTINO	180 888	22
6 – VICENZA	319 822	39
7 – PIEVE DI SOLIGO	216 625	28
8 – ASOLO	251 515	30
9 – TREVISO	419 153	37
10 – S. DONA' DI PIAVE	216 017	20
12 – VENEZIANA	303 692	4
13 – MIRANO	271 260	17
14 – CHIOGGIA	67 229	3
15 – CITTADELLA	258 062	28
16 – PADOVA	493 847	29
17 – MONSELICE	183 790	46
18 – ROVIGO	172 277	41
19 – ADRIA	72 853	10
20 – VERONA	473 134	36
21 – LEGNAGO	154 999	25
22 – BUSSOLENGO	295 531	37

*AULSS = Azienda Unità Locale Socio Sanitaria. Stesso concetto di ASL.

In Veneto negli anni 2000 non vi sono grosse riforme strutturali e la situazione resta pressoché stabile. L'incentivo a migliorare l'efficienza dell'intero sistema però resta, tant'è che a breve distanza dalla scadenza del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 si inizia a delineare e pensare una nuova riforma del sistema socio-sanitario regionale.

B - LEGGE REGIONALE 25 OTTOBRE 2016, N°19: IN COSA CONSISTE, OBIETTIVI E MOTIVAZIONI

A fine giugno 2015 infatti è stato presentato al Consiglio regionale un Progetto di Legge (PdL n. 23), convertito successivamente nella Legge Regionale n°19 del 25 ottobre 2016 dal titolo ***“Istituzione dell’ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero”. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende Ulss”.*** (Legge regionale 19/2016)

Come si evince dal titolo, questa Legge si pone due obiettivi distinti di riforma, ma interdipendenti tra loro.

Il primo obiettivo è l’istituzione di un ente di governance della sanità regionale veneta che verrà chiamato ***“Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero”*** (Legge regionale 19/2016), d’ora in poi chiamato ***“Azienda Zero”***. Il secondo invece è la ridefinizione degli ambiti territoriali delle AULSS del Veneto tramite un processo congiunto di soppressione di alcune AULSS e di accorpamento dei territori di quest’ultime alle AULSS ***“sopravvissute”***, passando così da 21 a 9 AULSS.

Vediamoli distintamente nel dettaglio.

B.1 – Azienda Zero

L’Azienda Zero è un nuovo ente strumentale della Regione Veneto con i compiti di programmazione, controllo e gestione di tutte le funzioni del Servizio Sanitario Regionale; e come si comprende dalla Legge Regionale n°19, è stata istituita con gli obiettivi di:

- Razionalizzare le risorse disponibili
- Integrare e garantire l’efficienza dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale, eliminando quante più duplicazioni di costo possibili (costi decisionali, di gestione, di fornitura etc..)
- Gestione di attività tecnico-specialistiche
- Rafforzare le attività di coordinamento e monitoraggio delle varie AULSS

Questi obiettivi infatti rispondono alle necessità di centralizzare ed unificare in un unico soggetto la programmazione e l’attuazione dei piani socio-sanitari regionali, poiché questo permette e garantisce un’omogeneità strategica a livello regionale, una maggiore standardizzazione dei livelli di performance e un maggiore controllo delle attività.

L'accentramento è presentato come una strategia per ottenere risparmio e velocità, lasciando le AULSS libere di occuparsi al meglio dell'organizzazione delle prestazioni e dei servizi ai cittadini.

A seguito è riportato l'articolo 1 della Legge Regionale n°19 "Istituzione dell'Azienda Zero":

“Nel rispetto dei principi di equità ed universalità, è istituita l'Azienda per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del servizio sanitario regionale, di seguito denominata Azienda Zero, ente del servizio sanitario regionale, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile. L'Azienda Zero persegue lo sviluppo del servizio sanitario regionale fondato su modalità partecipative basate su percorsi improntati alla massima trasparenza, alla condivisione responsabile, nel rispetto del principio di efficienza, efficacia, razionalità ed economicità nell'impiego delle risorse al fine di continuare a garantire l'equità di accesso ai servizi, nella salvaguardia delle specificità territoriali.” (Legge regionale 19/2016)

Da segnalare vi è l'aspetto che l'Azienda Zero si pone come obiettivi generali quelli della massima trasparenza, del rispetto dei principi di efficienza ed efficacia, della razionalità ed economicità delle risorse, il tutto però garantendo l'equità di accesso ai servizi, salvaguardando le specificità territoriali, il che fa intendere che non è intenzione snaturare le varie caratteristiche territoriali dell'eterogenea regione veneta.

Proseguendo con l'analisi, l'articolo 2 della Legge Regionale n° 19 specifica le funzioni in carico all'Azienda Zero:

- 1) La programmazione e gestione economica-finanziaria del SSR (tra cui la gestione dei flussi di cassa relativi al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale e la redazione del bilancio consolidato preventivo e consuntivo del sistema sanitario regionale)
- 2) La programmazione, gestione e attuazione di alcune attività tecnico-specialistiche in supporto agli enti del servizio sanitario regionale, tra cui:
 - a) Gli acquisti centralizzati nel rispetto della qualità, dell'economicità e della specificità clinica (previa valutazione Commissione Regionale per gli Investimenti in Tecnologia ed Edilizia)
 - b) I processi di selezione del personale sanitario, secondo dei regolamenti prestabiliti

- c) Il sostegno tecnico-pratico per la realizzazione di percorsi formativi manageriali e dell'incidenza del rischio clinico
 - d) Le procedure di convalida ECM
 - e) L'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie dal punto di vista tecnico e giuridico
 - f) La razionalizzazione della logistica regionale
 - g) L'organizzazione degli Uffici Relazioni con il Pubblico presso le AULSS
 - h) L'attivazione della tessera sanitaria elettronica e del fascicolo elettronico personale
- 3) La realizzazione di analisi, proposte e valutazioni a supporto della programmazione sanitaria e socio-sanitaria
 - 4) La definizione e realizzazione degli obiettivi di governo in materia sanitaria e sociale
 - 5) Il controllo delle performance delle AULSS e degli altri enti sottostanti il SSR e il monitoraggio dei costi standard
 - 6) Il sostegno alla individuazione degli obiettivi delle AULSS e degli altri enti del Sistema Socio Sanitario Regionale
 - 7) La specificazione dei sistemi informativi e dei suoi flussi, il sistema di Auditing e il controllo di gestione e delle performance interno

Gli organi che compongono l'Azienda Zero sono due: il Direttore generale e il Collegio sindacale. Nel dettaglio:

- 1) Il Direttore generale viene nominato dal Presidente della Giunta Regionale con un mandato quinquennale ed è il legale rappresentante dell'Azienda Zero. Esercita il potere di direzione, di gestione e di rappresentanza, e tra questi a Lui spettano i compiti di: nomina e revoca del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo, nomina dei componenti del Collegio sindacale e la possibilità di assegnare, sospendere e revocare gli incarichi.
- 2) Il Collegio sindacale, invece, è composto da tre membri, la cui nomina avviene da parte del Direttore generale e la cui designazione avviene da parte del Presidente della Giunta regionale (una designazione), del Ministro dell'economia e delle finanze (una designazione) e del Ministro della Salute (una designazione). Il Collegio sindacale ha il compito di esercitare il controllo di conformità amministrativa e contabile, di vigilare il rispetto delle disposizioni normative e verificare la regolare tenuta della contabilità.

B.2 – Ridefinizione AULSS

L'azione di centralizzazione e di efficientamento dei processi concretizzata con l'istituzione e definizione dell'Azienda Zero necessita che gli organi a Lei sottostanti si modifichino coerentemente con i principi dell'Azienda Zero in modo da facilitare il raggiungimento degli obiettivi posti.

Tutto ciò si concretizza nell'articolo 14 della Legge regionale n°19, in cui si ridefinisce l'assetto organizzativo delle AULSS.

Il cambiamento viene ovviamente fatto alla luce di alcuni criteri per mantenere la coerenza strategica dell'intera riforma. I criteri in questione sono indicati nell'articolo 14:

- “a) garantire l'equità e l'universalità del sistema sanitario, erogando le prestazioni in modo appropriato ed uniforme;*
- b) individuare le dimensioni ottimali delle Aziende ULSS al fine di migliorare la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi resi in un'ottica di razionalizzazione e riduzione dei costi;*
- c) sviluppare un sistema che garantisca la trasparenza dei sistemi organizzativi, nonché la partecipazione dei cittadini;*
- d) garantire la sostenibilità economica del sistema sanitario regionale;*
- e) garantire la coerenza del rapporto tra volumi di prestazioni erogate, procedure sanitarie e dimensionamento delle strutture di erogazione;*
- f) garantire il riconoscimento delle prerogative degli enti locali in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e socio-sanitaria;*
- g) tenere conto della presenza nei territori delle due Aziende ospedaliere di Padova e Verona, dello IOV e dell'Azienda Zero.” (Legge Regionale 19/2016)*

Coerentemente con i criteri sopra indicati, a partire dal 1 gennaio 2017, le AULSS venete vengono ridisegnate tramite azioni di soppressione e di incorporazione dei territori. In particolare, dalle 21 AULSS precedenti, il risultato degli accorpamenti è la riduzione a 9 AULSS totali: 5 di queste il cui bacino corrisponde al territorio provinciale (Belluno, Treviso, Rovigo, Padova, Verona), mentre le altre due provincie, vicentina e veneziana, dispongono di due AULSS ciascuna.

In principio nel Pdl n°23 del 2015 il numero definitivo di AULSS doveva essere sette, ovvero che vi fosse una corrispondenza perfetta tra il bacino territoriale di ciascuna di queste e i territori provinciali. Venne in seguito modificato nella Legge regionale n°19 a causa delle

specificità territoriali delle province vicentina e veneziana poiché *“in questi territori ci sono due ‘province’ nelle province”* – dichiarazione del Presidente Zaia in data 30 dicembre 2015.

A seguire vengono elencate le ridefinizioni delle AULSS:

a) Le AULSS 2 “Feltre”, 4 “Alto Vicentino”, 5 “Ovest Vicentino”, 7 “Pieve di Soligo”, 8 “Asolo”, 13 “Mirano”, 14 “Chioggia”, 15 “Alta Padovana”, 17 “Este”, 19 “Adria”, 21 “Legnago” e 22 “Bussolengo” vengono soppresse.

b) L'ULSS n. 1 di Belluno cambia il proprio nome in "Azienda ULSS n. 1 Dolomiti", tiene la sua sede legale a Belluno e acquisisce al suo interno la non più esistente ULSS n. 2 Feltre. A seguito di ciò la sua estensione territoriale si espande fino a comprendere tutto il territorio della Provincia di Belluno;

c) L'ULSS n. 3 di Bassano del Grappa cambia il proprio nome in "Azienda ULSS n. 7 Pedemontana", tiene la sua sede legale a Bassano del Grappa e acquisisce al suo interno la non più esistente ULSS n. 4 Alto Vicentino. A seguito di ciò la sua estensione territoriale si espande fino a comprendere quella indicata nell'Allegato A) della Legge regionale 19/2016;

d) L'ULSS n. 6 di Vicenza cambia il proprio nome in "Azienda ULSS n. 8 Berica", tiene la sua sede legale a Vicenza e acquisisce al suo interno la non più esistente ULSS n. 5 Ovest Vicentino. A seguito di ciò la sua estensione territoriale si espande fino a comprendere quella indicata nell'Allegato A) della Legge regionale 19/2016;

e) L'ULSS n. 9 di Treviso cambia il proprio nome in "Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana", tiene la sua sede legale a Treviso e acquisisce al suo interno la non più esistente ULSS n. 7 Pieve di Soligo e la non più esistente n. 8 Asolo. A seguito di ciò la sua estensione territoriale si espande fino a comprendere tutto il territorio della Provincia di Treviso;

f) L'ULSS n. 10 Veneto Orientale cambia il proprio nome in "Azienda ULSS n. 4 Veneto Orientale", tiene la sua sede legale a San Donà di Piave. A seguito di ciò la sua estensione territoriale si espande fino a comprendere quella indicata nell'Allegato A) della Legge regionale 19/2016;

g) L'ULSS n. 12 di Venezia cambia il proprio nome in "Azienda ULSS n. 3 Serenissima", tiene la sua sede legale a Venezia e acquisisce al suo interno la non più esistente ULSS n. 13 Mirano e la non più esistente n. 13 Chioggia. A seguito di ciò la sua estensione territoriale si espande fino a comprendere quella indicata nell'Allegato A) della Legge regionale 19/2016;

h) L'ULSS n. 16 di Padova cambia il proprio nome in "Azienda ULSS n. 6 Euganea", tiene la sua sede legale a Padova e acquisisce al suo interno la non più esistente ULSS n. 15 Alta Padovana e la non più esistente n. 17 Este. A seguito di ciò la sua estensione territoriale si espande fino a comprendere tutto il territorio della Provincia di Padova;

i) L'ULSS n. 18 di Rovigo cambia il proprio nome in "Azienda ULSS n. 5 Polesana", tiene la sua sede legale a Rovigo e acquisisce al suo interno la non più esistente ULSS n. 19 Adria. A seguito di ciò la sua estensione territoriale si espande fino a comprendere tutto il territorio della Provincia di Rovigo;

l) L'ULSS n. 20 di Verona cambia il proprio nome in "Azienda ULSS n. 9 Scaligera", tiene la sua sede legale a Verona e acquisisce al suo interno la non più esistente ULSS n. 21 Legnago e la non più esistente n. 22 Bussolengo. A seguito di ciò la sua estensione territoriale si espande fino a comprendere tutto il territorio della Provincia di Verona.

*L'allegato A alla presente legge, nominato nei punti *c,d,f,g* si riferisce ed elenca i singoli comuni che sottostanno alle AULSS prese in esame. Non essendoci però alcun comune che cambia la AULSS di appartenenza pre-accorpamenti si può riassumere la ridefinizione delle AULSS della Legge regionale n°19 secondo il seguente schema:

[Tabella 2 - Elaborazione Ires Veneto su dati Istat e Ministero della Salute]

TABELLA 2 – Assetto AULSS al 01/01/2017, elaborazione dati IRES 2016

NUOVO NOME AULSS	EX AULSS	POPOLAZIONE	N°COMUNI
N° 1 - DOLOMITI	1 – BELLUNO	123 860	48
	2 – FELTRE	82 996	16
	<i>tot</i>	<i>206856</i>	<i>64</i>
N°2 - MARCA TREVIGIANA	7 – PIEVE DI SOLIGO	216 625	28
	8 – ASOLO	251 515	30
	9 – TREVISO	419 153	37
	<i>tot</i>	<i>887 293</i>	<i>95</i>
N°3 - SERENISSIMA	12 – VENEZIANA	303 692	4
	13 – MIRANO	271 260	17
	14 – CHIOGGIA	67 229	3
	<i>tot</i>	<i>642 181</i>	<i>24</i>
N°4 – VENETO ORIENTALE	10 – S. DONA’ DI PIAVE	216 017	20
	<i>tot</i>	<i>216 017</i>	<i>20</i>
N°5 - POLESANA	18 – ROVIGO	172 277	41
	19 – ADRIA	72 853	10
	<i>tot</i>	<i>245 130</i>	<i>71</i>
N°6 - EUGANEA	15 – CITTADELLA	258 062	28
	16 – PADOVA	493 847	29
	17 – MONSELICE	183 790	46
	<i>tot</i>	<i>935 699</i>	<i>103</i>
N°7 - PEDEMONTANA	3 – BASSANO DEL GRAPPA	180 734	28
	4 – ALTO VICENTINO	188 274	32
	<i>tot</i>	<i>369 008</i>	<i>60</i>
N°8 - BERICA	5 – OVEST VICENTINO	180 888	22
	6 – VICENZA	319 822	39
	<i>tot</i>	<i>500 710</i>	<i>61</i>
N°9 - SCALIGERA	20 – VERONA	473 134	36
	21 – LEGNAGO	154 999	25
	22 – BUSSOLENGO	295 531	37
	<i>tot</i>	<i>923 664</i>	<i>98</i>

In seguito alla riforma il numero medio di abitanti e di comuni per AULSS in Veneto subisce un picco importante (ma voluto), quasi raddoppiando i numeri medi:

- Si passa da 234.674 a 547.511 abitanti per AULSS
- Si passa da 28 a 64 comuni per AULSS.

La Legge regionale n°19 del 2016 determina inoltre regole e direttive riguardanti i Distretti Socio-Sanitari, che d'ora in poi verranno chiamati Distretti. È stabilito infatti che i bacini delle AULSS esistenti precedentemente all'entrata in vigore della legge si delineano come Distretti delle nuove AULSS, con funzioni di coordinamento tra gli ospedali e la rete assistenziale locale. In ogni AULSS verrà istituita nuovamente la Conferenza dei Sindaci, aggregando le precedenti Conferenze che erano separate, mentre in ogni Distretto verrà realizzato il Comitato dei Sindaci di Distretto.

Quest'ultimo svolgerà le seguenti funzioni:

- realizza e certifica i bilanci preventivo e consuntivo del Distretto, ed elabora due documenti di programmazione: il Piano di Zona del Distretto ed il Piano locale per la non autosufficienza del Distretto;
- espone opinioni e concretizza i sostegni necessari riguardo le schede di dotazione territoriale, la posizione delle strutture intermedie e l'avvio della Medicina di Gruppo Integrata;

CAPITOLO 2 – INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA & OSPEDALE-TERRITORIO, FOCUS SULLA SITUAZIONE DELLA NUOVA AULSS 1 “Dolomiti”

Il secondo capitolo di questa prova finale si pone l’obiettivo di analizzare con attenzione il concetto di continuità assistenziale e di visionarne la situazione attuale nella AULSS 1 “Dolomiti”.

Il concetto di continuità assistenziale viene definito e descritto all’interno del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-16; quindi, per comprendere a pieno l’argomento centrale di questa prova, si intende procedere inizialmente con un’analisi generale delle caratteristiche, delle motivazioni e delle finalità del PSSR.

- A. IL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012-16*
- B. INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA & OSPEDALE-TERRITORIO: OBIETTIVI E STRUMENTI*
- C. IL CONTESTO BELLUNESE IN RELAZIONE AL CONCETTO DI INTEGRAZIONE*

A – IL PIANO SOCIO SANITARIO REGIONALE 2012-16

Il Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-16 nasce all’interno della Legge regionale 29 giugno 2012, n°23. Come stabilito infatti dall’ articolo 55 della Legge 23 dicembre 1978, n°833 “Istituzione del servizio sanitario regionale” e coerentemente con il vigente Piano sanitario nazionale e con il Programma regionale di sviluppo (approvato con legge regionale 9 marzo 2007, n°5), il Consiglio regionale ha potuto approvare la sopracitata Legge regionale, di cui il PSSR 2012-16 è parte integrante e oggetto imprescindibile.

Il PSSR viene approvato con durata quinquennale, ovvero a partire dal 2012 fino al termine del 2016. Constatata però la riforma del Sistema Sanitario Regionale del 2016, concretizzata con la Legge regionale 25 ottobre 2016, n°19, precedentemente analizzata e descritta, si è convenuto di prorogare l’allora corrente PSSR fino al termine del 2018. Essendo le AULSS infatti gli enti protagonisti sia della riforma del 2016 sia delle attuazioni degli strumenti a disposizione del PSSR, la natura di questa scelta risiede nella convinzione che in un periodo di transizione, come quello che stanno attraversando le AULSS nei mesi post riforma, non risulti vantaggioso inserire ulteriori novità a carico loro.

Il PSSR è un documento che ogni regione ha dovere di redigere e attuare, e che identifica tutte le linee guida strategico-operative riguardanti la programmazione e la struttura socio sanitaria regionale.

Quest'importante Piano ha il compito di definire obiettivi da raggiungere, strumenti da utilizzare, norme e direttive da perseguire. Il tutto deve essere costruito avendo ben presente la situazione regionale in merito alle risorse disponibili (economiche, patrimoniali, gestionali, conoscenze...), alla domanda regionale di prestazioni e servizi socio sanitari, e ad alcune variabili ambientali interne ed esterne alla regione.

La peculiarità del PSSR risiede nell'argomento principale di cui tratta, ovvero il concetto di Sanità. Con Sanità si intende l'insieme dei beni e servizi esclusivamente o prevalentemente diretti a contrastare stati patologici e a migliorare lo stato di Salute, tra cui troviamo: la prevenzione, le diagnosi, le cure, la riabilitazione e i Long-term Care (servizi di cura a lungo raggio). Quindi si può dedurre che la Sanità si può intendere come uno dei "fattori di produzione" della Salute.

Il concetto di Salute è anch'esso interessante poiché, combinando le definizioni del OMS e dell'autorevole rivista scientifica "The Lancet", si può concepire la Salute come *"la capacità di affrontare e gestire le proprie condizioni di malessere e benessere, adattandosi all'ambiente circostante e mobilitando al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali) sia esterne (sociali e materiali)."* (Rebba, 2017). Se a questa interpretazione uniamo l'Articolo 32 della nostra Costituzione, che recita **"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti..."** (Art. 32 Costituzione), si intuisce la natura meritoria del bene Salute, e che ogni documento che lo tratti debba basarsi su **principi** solidi e inderogabili e debba porsi degli **obiettivi** concreti e realizzabili.

I principi su cui si basa il PSSR 2012-16 sono:

1. ***"L'universalità, ossia l'essere rivolto a tutta la popolazione di riferimento;***
2. ***L'equità, ossia la garanzia di una uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento di obiettivi di salute individuali e nella garanzia di uniformità delle prestazioni sul territorio regionale;***
3. ***L'umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria;***
4. ***L'integrazione socio-sanitaria."*** (Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto 53/2012, Piano Socio Sanitario Regionale)

Analizzandoli nel dettaglio:

- 1) L'universalità, ovvero la copertura totale del territorio, si basa sulla considerazione che la salute oltre a essere un bene personale meritorio (quindi un diritto fondamentale di ogni persona, come visto precedentemente), è un bene che genera esternalità positive e che quindi può essere visto come un patrimonio della collettività, che va tutelato e protetto sia personalmente sia dall'ente fornitore.

Il principio di universalità va interpretato sia in maniera assoluta, sia in maniera relativa poiché al contempo è necessario garantire la Sostenibilità economica del SSR, che si realizza attraverso un impiego adeguato delle risorse. Non è infatti sostenibile erogare tutti i servizi potenzialmente richiesti perché l'ammontare di domanda inappropriata renderebbe troppo costoso l'intero sistema, ed eventuali tagli riparatori ridurrebbero in maniera drastica l'efficienza e l'efficacia dei servizi. Risulta quindi fondamentale garantire la tutela della salute solo a chi lo necessita realmente.

- 2) L'equità, a cui viene attribuito da un lato il significato di permettere un'uguale possibilità di raggiungere e mantenere gli obiettivi di salute personali, e dall'altro lato il significato di garanzia di uniformità di erogazione delle prestazioni e accesso ai servizi su tutto il territorio regionale, si basa sul presupposto di "salute come bene meritorio" e quindi come diritto fondamentale di tutti. Per gli intenti suggeriti dal principio di equità il PSSR definisce sia gli obiettivi di salute sia i LEA e le loro modalità di erogazione. I LEA sono i Livelli Essenziali di Assistenza, ovvero il "pacchetto base" di prestazioni che deve essere garantito a tutti secondo alcuni criteri di priorità.

- 3) L'umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria pone come principio cardine la centralità della persona rispetto ad ogni decisione e ad ogni intervento sanitario, sociosanitario ed assistenziale. Per comprendere a pieno quest'idea viene riportato a seguire un estratto dell'articolo 2.2 "*Umanizzazione dell'assistenza*" del PSSR.
"A questo principio viene attribuito lo scopo di orientare il SSSR e tutte le attività delle AULSS e AO verso l'umanizzazione, che è quell'impegno socio-assistenziale, di attenzione civile e di regole morali in grado di rendere i luoghi di cura e gli interventi sanitari "aperti, sicuri e senza dolore", conciliando politiche di accoglienza, informazione e comfort, con percorsi di cure e di accompagnamento il più possibile condivisi e partecipati dal cittadino.

Gli elementi su cui si fonda l'umanizzazione sono:

- la salute come diritto del singolo cittadino e dovere della collettività, in una costante interrelazione tra individuo, sistema di cure e Comunità;*
- la persona come totalità e sintesi dei vari aspetti fisici, mentali, emotivi e spirituali;*
- il benessere inteso come condizione soggettiva di consapevolezza da realizzare nell'equilibrio tra le diverse componenti della persona;*
- il rispetto della dignità personale a fondamento di qualunque rapporto tra operatori e pazienti.” (Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto 53/2012, Piano Socio Sanitario Regionale)*

Diventa, dunque, di primaria importanza il rapporto tra il cittadino e il SSSR, nel quale l'utente deve essere sempre considerato come una persona e mai come un “caso”. In questa prospettiva la cura si configura come il compimento di un progetto umano/psicologico strettamente collegato alla sfera psico-emotiva e non da essa disgiunto come nel caso degli approcci solamente teorico scientifici.

L'umanizzazione necessita che vengano messe in atto determinate scelte come:

- Informare i cittadini sui servizi erogati dalle strutture socio sanitarie attraverso la Carta dei Servizi, i siti web e bollettini periodici e condividendo le regole di funzionamento del SSSR;
- Divulgare la cultura dell'empowerment, basata sul concetto che ogni persona, tramite le proprie scelte quotidiane, è il primo decisore del proprio stato di salute
- Rendere centrale nel progetto di formazione, in particolare per gli operatori del primo livello di accoglienza, un orientamento all'accoglienza fondato su una preparazione professionale riguardo problemi di relazione e comunicazione
- Incentivare una relazione interdipendente tra i servizi socio sanitari e i contesti sociali e territoriali da cui provengono i pazienti.

- 4) L'integrazione socio-sanitaria si basa sull'idea che la salute e il benessere vadano tutelati al di là delle logiche settoriali nella loro globalità e che quindi non vi sia distinzione strategica nella programmazione dei servizi sociali e dei servizi sanitari, ma che tra loro vi sia una relazione interdipendente.

La descrizione dettagliata e l'analisi di questo principio viene posticipata poiché sarà oggetto di analisi del paragrafo B di questo capitolo.

Guardando invece gli obiettivi che si prefigge il PSSR, questi sono:

- I. La massimizzazione dei parametri di efficienza ed efficacia in relazione alla produttività delle strutture sanitarie
- II. Massimizzare la qualità delle prestazioni socio-sanitarie coerentemente con il principio di economicità
- III. Sviluppare programmi di prevenzione e di piani di promozione della salute;
- IV. Portare avanti i concetti di ricerca, innovazione e di formazione continua dei dipendenti.
- V. Sviluppare un sistema informativo integrato con gli enti del SSSR con l'obiettivo di assicurare la continuità e l'efficienza dell'assistenza socio-sanitaria;
- VI. Mettere in atto metodologie avanzate per il controllo della gestione economico-finanziaria delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere da punto di vista qualitativo;
- VII. Assicurare un'erogazione continua e omogenea dei Livelli Essenziali di Assistenza sull'intero territorio veneto, garantendo il principio di economicità e quindi che non vi sia disequilibrio tra la spesa sostenuta per l'erogazione delle prestazioni e sistema dei finanziamenti;
- VIII. Creare presso le AULSS la situazione ideale per lo sviluppo di metodologie che consentano il monitoraggio delle performance sanitarie, il loro indirizzamento e la loro gestione attraverso la creazione di una rete di processi integrati dove vengono tenuti ugualmente in considerazione il contenimento dei costi, la gestione efficiente dei servizi, e dall'altra gli obiettivi di qualità, di efficacia, di sicurezza e di appropriatezza delle prestazioni.

Riassumendo, il modello socio sanitario veneto si pone l'obiettivo di rispondere ai bisogni di tutta popolazione, garantendo un sistema di offerta basato sull'erogazione di servizi integrati in grado di cogliere i bisogni socio-sanitari e assistenziali dei suoi cittadini.

Il PSSR affida il compito della realizzazione di questo sistema, coerentemente con le sue linee di indirizzo, ai Distretti socio-sanitari tramite lo strumento da loro elaborato dei Piani di Zona, poiché essi si identificano come il luogo privilegiato di gestione e coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio sanitari.

Il Distretto socio-sanitario quindi:

- Ricopre tre funzioni fondamentali, in quanto funge da:
 1. Elemento di riferimento per l'accessibilità a tutti i servizi dell'AULSS
 2. Punto di aggregazione di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e assistenziali
 3. Centro della gestione e del coordinamento organizzativo e operativo dei servizi territoriali;
- Risponde ai bisogni socio sanitari delle persone attraverso una forte integrazione dei servizi sanitari, socio sanitari e assistenziali, garantendo il coordinamento, la continuità e l'efficacia del servizio alla comunità nel territorio;
- Integra e unifica la programmazione delle istituzioni gestendo in modo coordinato le varie fonti di finanziamento derivanti dal Servizio Sanitario Nazionale, dal Servizio Socio Sanitario Regionale, dai Comuni e dai Fondi di solidarietà sociale;
- Studia e stima i bisogni in materia di salute;
- Garantisce i servizi e gli interventi propri dell'assistenza territoriale operando con personale interno e unità operative proprie o in alternativa con operatori esterni convenzionati;
- Soddisfa il bisogno etico sociale di affiancare il cittadino nel variegato iter assistenziale;
- Rende possibile la realizzazione dell'integrazione socio sanitaria ai vari livelli: istituzionale, gestionale ed operativo.

Nella pratica il Distretto configura il Piano di Zona, ovvero lo strumento di programmazione degli interventi sociali e socio-sanitari del territorio e della gestione delle politiche sociali e socio-sanitarie. Viene redatto perseguendo le seguenti finalità:

“- Promuovere una programmazione sociale integrata in grado di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione del benessere dei cittadini;

- Favorire l'equità territoriale, sostenendo l'equilibrio nell'offerta dei servizi e promuovendo regolamenti e comportamenti uniformi all'interno del territorio;

- Sostenere e facilitare il governo dell'integrazione socio-sanitaria.” (Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto 53/2012, Piano Socio Sanitario Regionale)

Per garantire l'efficienza e l'efficacia della programmazione la popolazione viene divisa in varie Aree di Intervento sociale e sanitario: **la famiglia, l'infanzia, l'adolescenza, i giovani, gli anziani, i disabili, le dipendenze, la salute mentale e la sanità penitenziaria**, e per ciascuna di queste aree di competenza vengono stabiliti interventi, servizi e obiettivi specifici.

Ognuna di queste aree si occuperà della gestione della popolazione su cui detiene giurisdizione, definendo per ciascun “paziente” un progetto assistenziale individualizzato per individuare e garantire la risposta assistenziale appropriata rispetto alle condizioni della suddetta persona.

La realizzazione di questo welfare di comunità è reso possibile anche grazie al coinvolgimento del terzo settore, in particolare associazioni, cooperative, fondazioni, in un’ottica di collaborazione sia della programmazione sia della gestione corresponsabile (anche economica) dei servizi.

Per quel che riguarda infatti la sostenibilità economica del SSSR, necessaria per garantire l’equilibrio tra prestazioni e soddisfazione dei bisogni dei cittadini, a ciascuna AULSS dovranno essere garantiti un serie di finanziamenti provenienti dal Fondo Sociale Regionale, dal Fondo Regionale della non autosufficienza, dalle quote capitarie dei Comuni che fanno parte della AULSS, dalle quote personali derivanti dal Fondo Sanitario Nazionale e da un “Fondo Sociale di Solidarietà tra Comuni”.

B – INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA & OSPEDALE-TERRITORIO: OBIETTIVI E STRUMENTI

“Nel sistema socio-sanitario il concetto di integrazione si riferisce al coordinamento delle attività e delle funzioni tra le varie unità operative, con l’obiettivo di massimizzare la qualità dei servizi offerti agli utenti e l’efficienza dell’intero sistema, soprattutto con riferimento alla gestione delle patologie croniche (Gittell et al., 2000; Muraro e Rebba, 2009; Ham, 2010; Porter, 2010).”

L’oggetto di questo paragrafo è l’analisi del concetto di integrazione all’interno del PSSR veneto. All’interno del documento di programmazione sanitaria regionale questo concetto si declina su due strade diverse ma parallele: l’integrazione Socio Sanitaria e l’integrazione Ospedale-Territorio.

Il cuore della scelta di sostenere l’integrazione come uno dei principi cardine del PSSR risiede nel “riconoscimento della persona nella sua globalità e in rapporto con i propri contesti di vita”, quindi nel porre al centro la salute della persona garantendole una continuità assistenziale a tutti i livelli del sistema.

Continuità assistenziale che viene intesa secondo diversi approcci:

- Continuità strategica, per garantire una linea comune di programmazione e di obiettivi;
- Continuità temporale, per poter dare alla persona il servizio successivo necessario congiuntamente al precedente;
- Continuità strumentale, per garantire al paziente le strutture e gli strumenti più adatti alla sua situazione diagnosticata.

L’integrazione socio sanitaria supera l’idea settoriale dei bisogni di salute del cittadino con l’intenzione di arrivare al coordinamento completo di tutti gli interventi in ambito sanitario e in ambito sociale. Questo coordinamento risulta indispensabile ma al tempo stesso complesso, in quanto necessita sia di un raccordo tra i vari livelli del sistema sanitario (istituzionale, gestionale, professionale), sia dell’interazione tra i servizi sociali e sanitari, sia dell’assistenza sanitaria territoriale intesa come la continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

L’integrazione Ospedale-Territorio si occupa quindi di garantire la continuità e la completezza delle cure e dell’assistenza ai pazienti, riorganizzando la rete dell’assistenza ospedaliera e territoriale grazie ad uno sviluppo programmato di quest’ultima.

In questo senso lo scopo è quello di integrare con il Territorio tutto ciò che l'Ospedale non può e non vuole sostenere per motivi strategici, strutturali e di costo, creando una rete unica che permetta al cittadino un'adeguata risposta ai suoi bisogni ed allo stesso tempo mantenga l'efficienza ed efficacia del sistema socio sanitario regionale.

In particolare questo sistema permette agli ospedali ed alle Aziende Ospedaliere di concentrarsi sui pazienti acuti e lasciare alle strutture intermedie territoriali la gestione della cronicità e della riabilitazione dei pazienti.

Questo processo centrale e nevralgico della pianificazione regionale necessita quindi di una programmazione attenta e precisa, ed in merito a ciò il PSSR si pone tre macro obiettivi:

1. Sviluppare e migliorare l'assistenza territoriale, rinforzando la gestione integrata della cronicità tramite nuove forme di Medicina di Base associativa e nuove modalità di assistenza residenziale nelle strutture territoriali ad intensità di cura intermedia.
2. L'efficientamento della rete ospedaliera differenziando le strutture in base alle diverse complessità cliniche e conseguenti intensità di cure richieste. La differenziazione tra ospedali HUB e ospedali SPOKE avviene sulla base dei volumi di attività e sulla presenza di servizi specialistici.
3. Garantire la continuità assistenziale attraverso il miglioramento delle reti assistenziali verticali e orizzontali, partendo dal principio consolidato di attribuire all'Ospedale la cura delle patologie acute e al Territorio quella delle patologie croniche.

Per compiere i processi di integrazione è fondamentale dotarsi di modelli organizzativi adeguati sia a livello gestionale che professionale, atti a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato, responsabilizzato e uniforme delle risorse.

Il PSSR quindi individua alcuni strumenti che ne permettano l'attuazione:

- Il rafforzamento dei modelli di ammissione e dimissione ospedaliera protetta, attraverso procedure che comportano la presa in carico del paziente singolo da parte del *case manager*;
- La diffusione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA). Si tratta di definire e consegnare a ogni paziente il miglior percorso personalizzato di cura e riabilitazione possibile sia per quanto riguarda l'appropriatezza, sia per quanto attiene la sostenibilità economica, nelle strutture dell'azienda di riferimento, sia territoriali che ospedaliere;

- Un implementazione della comunicazione interna tramite sistemi informativi che coinvolgano le varie figure professionali che hanno in carico la cura di un medesimo paziente, per garantire la continuità assistenziale;
- Per garantire l'integrazione Ospedale-Territorio, si utilizza una programmazione congiunta di obiettivi trasversali tra la realtà ospedaliera e la realtà territoriale in merito al budget.

Oltre all'intenzione di supportare totalmente la salute del cittadino, il PSSR pone come centrale il concetto di "filiera della salute", ovvero della continuità assistenziale, anche per ragioni di efficientismo globale dell'intero sistema. In seguito vengono riportati due estratti che meglio specificano questo assunto:

"Soprattutto per quanto riguarda le situazioni di maggiore fragilità (persone con malattie croniche, disabili e in condizioni di non autosufficienza) la mancanza di adeguato coordinamento tra servizi e tra operatori socio-sanitari può determinare, oltre che una risposta inadeguata ai bisogni, effetti negativi sull'efficienza dei sistemi socio sanitari, quali l'aumento delle prestazioni specialistiche, degli accessi al pronto soccorso e dei ricoveri inappropriati, nonché l'allungamento dei tempi di attesa per chi si trova in situazioni di maggiore bisogno assistenziale. (Il sistema socio-sanitario del Veneto, Rebba 2016)"

"La centralità della concezione di "filiera della salute", non solo per garantire la continuità dell'assistenza e una presa in carico globale del paziente, ma più in generale interpretando l'investimento sulla salute come elemento di progresso locale, come diritto del singolo e dovere della collettività, come creazione di un "valore" per il territorio locale. Questa visione è coerente con i principi condivisi dall'OMS e descritti nella Carta di Tallinn (2008), secondo cui una migliore salute contribuisce al benessere sociale di ciascun Paese attraverso l'impatto positivo sullo sviluppo economico, sulla competitività e sulla produttività dello stesso. Ne consegue che investire in salute equivale ad investire nello sviluppo umano, nel benessere sociale e nel benessere economico" (Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto 53/2012, Piano Socio Sanitario Regionale)

Come detto, l'Ospedale viene identificato come il luogo incaricato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la gestione della cronicità viene affidata ai servizi e alle strutture dedicate all'assistenza territoriale: questo richiede che, per mantenere una gestione ottimale delle risorse e un livello elevato delle performance, i servizi ospedalieri vengano

inseriti nello stesso sistema di offerta dei servizi assistenziali strutturato secondo una logica di rete. Ciò comporta una specializzazione tecnico-strutturale sia degli Ospedali sia della Filiera dell'assistenza territoriale.

La Filiera dell'assistenza territoriale è l'insieme degli interventi e dei servizi organizzati dal Distretto socio sanitario in collaborazione con le comunità e con gli enti locali. La sua struttura è composta da tre sistemi:

- COT (Centrali Operative Territoriali)
- Strutture di Ricovero Intermedie
- Medicine di Gruppo Integrate

Ciascuno di questi tre sistemi è concepito per rendere efficaci ed efficienti i percorsi assistenziali, e per garantire una continuità assistenziale completa, sia dal punto di vista temporale che dal punto di vista della zona di applicazione.

Centrali Operative Territoriali

La Centrale Operativa Territoriale è uno strumento strategico di raccolta e coordinamento dei bisogni assistenziali del cittadino, avente il fine di rendere più rapide le risposte ai cittadini e facilitare le varie procedure in cui sono coinvolti dei pazienti.

La COT si caratterizza per le sue funzioni di supporto e di coordinazione, poiché in seguito ad una segnalazione, ha la possibilità di coordinare e raccordare tutti i vari possibili soggetti dell'intera rete assistenziale e di informare il cittadino sulle opportunità che gli sono offerte.

La COT rappresenta quindi uno strumento tecnico operativo con le seguenti funzioni (elencate in ordine cronologico):

- Raccolta e classificazione del bisogno espresso, ricevuto tramite una telefonata
- Prima analisi della domanda e individuazione del problema
- Attivazione delle risorse più appropriate (MMG, infermiere domiciliare..)
- Programmazione, pianificazione e controllo degli interventi, attivando i soggetti della rete assistenziale

La Centrale Operativa Territoriale, se attiva a pieno regime, garantisce una risposta continuativa (24 ore su 24, 7 giorni su 7), e immediata alle richieste dirette o indirette riguardanti persone "protette", cioè di coloro che necessitano di un aiuto socio sanitario. La segnalazione alla centrale infatti può essere fatta sia direttamente dall'interessato (es. anziano in difficoltà) o da un suo caregiver (chi lo aiuta), sia indirettamente e in questo caso parliamo di Medici di Medicina Generale, Pediatri, Operatori Socio Sanitari, e chiunque abbia un ruolo assistenziale nei confronti dei pazienti.

Strutture di Ricovero Intermedie

Le strutture di ricovero intermedie sono delle strutture allocate nel territorio, destinate a tutti quei pazienti il cui stato di salute è prevalentemente stabile, quindi non vi è la necessità di un'assistenza ospedaliera, ma la cui cronicità impone una supervisione continua e professionale tale da rendere inconvenienti le cure residenziali e inefficaci le cure ambulatoriali. *“Si tratta quindi di strutture di ricovero temporaneo in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione” (Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto 53/2012, Piano Socio Sanitario Regionale)*

Queste strutture territoriali hanno il compito di assistere il paziente temporaneamente e non illimitatamente, ovvero fino al punto in cui la sua situazione clinica sia gestibile tramite assistenza domiciliare. Questa scelta è dovuta sia da caratteri di tipo gestionale, sia soprattutto per il benessere del paziente, in quanto “nessun posto è come casa”.

Le strutture di ricovero intermedie nascono per rispondere al bisogno di continuità assistenziale di certi pazienti, garantendo un luogo di cura e riabilitazione sicuro nel passaggio tra l'Ospedale e la propria abitazione.

Il PSSR individua due categorie di strutture: l'Ospedale di Comunità e le Unità Riabilitative Territoriali; ma nell'insieme di tutte strutture intermedie territoriali del SSR possiamo inserire anche:

- I. Gli Hospice, centri residenziali che accolgono prioritariamente pazienti terminali che necessitano di cure palliative,
- II. I Centri di Riabilitazione ex art. 26 L. 833/1978,
- III. Le Comunità Terapeutiche Riabilitative Psichiatriche,
- IV. Strutture residenziali come Centri Diurni e Centri di Servizio, rivolti in particolare ad anziani fragili, persone con disabilità e persone con malattie psichiatriche. In alcuni casi particolarmente gravi di lungo degenza sono l'unica risposta offerta dal SSR.

Vedendo nel dettaglio le due tipologie presentate nel PSSR:

1. L'Ospedale di Comunità (ODC) è una struttura intermedia rivolta a:
 - a. *“Malati affetti da patologie croniche che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari e che non possono essere efficacemente seguiti a domicilio;*

- b. *Persone che, a seguito di malattie acute o evolutive, necessitano di terapie difficilmente erogabili a domicilio;*
- c. *Malato che abbisognano temporaneamente di cure palliative e che non possono essere adeguatamente seguiti a domicilio”;* (Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto 53/2012, Piano Socio Sanitario Regionale)

L’ODC si caratterizza per ricoveri brevi, solitamente entro i 30 giorni, in cui viene garantita assistenza medico-infermieristica specializzata continua, e la gestione delle cure viene concordata con il medico di famiglia.

Non è richiesta compartecipazione economica da parte dell’assistito.

In termini di programmazione il PSSR prevede per il 2017 l’attivazione di tutti i posti letto degli ospedali di comunità previsti dalle schede attuative (DGR 2122/2013) aumentati del 15%.

2. Le Unità Riabilitative Territoriali (URT) si rivolgono ai pazienti che necessitano di:

- a. *“Assistenza socio-sanitaria di base ed assistenza specialistica eventualmente necessaria;*
- b. *Conservazione dello stato di equilibrio raggiunto, compatibile con l’eventuale menomazione rimasta, per prevenire aggravamenti e decadimento funzionale;*
- c. *Riabilitazione globale dell’autonomia psico-fisica con lo scopo di ottenere un recupero mirato al rientro al domicilio.”* (Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto 53/2012, Piano Socio Sanitario Regionale)

L’URT si caratterizza per ricoveri di media durata, intorno ai 60 giorni, e in questo caso vi è una compartecipazione economica del soggiorno da parte del paziente. È garantita la copertura totale dell’assistenza medico-infermieristica.

Lo scopo delle URT si concretizza nel permettere al paziente di trovare un’allocazione protetta dove continuare a ricevere le cure dopo la degenza ospedaliera, evitando un precoce rientro al domicilio, e contemporaneamente evitare una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero.

In merito alla programmazione l’obiettivo da raggiungere per la regione Veneto ed ogni AULSS è, contando solo ODC e URT, arrivare ad avere 1.2 posti letto per 1.000 abitanti in età superiore a 42 anni. Per fare ciò è necessario valutare con cura l’intero processo di spostamento del concetto di assistenza dall’Ospedale al Territorio.

“La sostenibilità economica del progetto di attivazione delle strutture intermedie si fonda dunque, in buona sostanza, su una riduzione dei posti letto per acuti, così come previsto dalla legge 135/2012, e per questo il riequilibrio tra le dotazioni ospedaliere e quelle delle strutture intermedie deve essere oggetto di attento monitoraggio. Si tratta di un’operazione piuttosto delicata la cui fattibilità e credibilità (nonché l’impatto in termini di sostenibilità ed equità) dipende in modo cruciale dalla rapida ed efficace attivazione dei servizi della filiera dell’assistenza territoriale, per evitare che la riduzione di posti letto per acuti si traduca in diminuzione dei servizi forniti e in mancata tutela della salute della comunità locale” (Il Servizio socio-sanitario regionale del Veneto: evoluzione e sostenibilità, Rebba 2013).

Medicine di Gruppo Integrate

Il PSSR identifica il medico di famiglia e il pediatra (entrambi Medici di Medicina Generale – MMG) come il principale referente della gestione integrata della vita del cittadino all’interno del sistema sanitario regionale, con l’obiettivo di accompagnare e assistere i pazienti nei percorsi assistenziali personali. Questa visione del MMG come perno centrale nella vita del cittadino pone le basi su una medicina di base più evoluta rispetto a quella ambulatoriale semplice. Questa medicina viene chiamata Medicina di Gruppo Integrata (MGI) e si fonda sulla convinzione di voler garantire un’offerta assistenziale maggiore, più facilmente accessibile e più ricca di prestazioni erogabili.

Per poter realizzare tutto ciò si intuisce facilmente che il medico o pediatra non possa gestire tutto da solo. L’idea è quella di prendere spunto dalle già esistenti forme di medicina cumulativa (Rete, Gruppo, UTAP) e di ampliare in modo interdisciplinare l’offerta, inserendo quindi anche infermieri, medici dipendenti, specialisti ambulatoriali, operatori socio sanitari, psicologi e altre figure professionali.

Le caratteristiche principali delle MGI sono:

- Essere organizzazioni composte da un’equipe multiprofessionale e multidisciplinare operanti in una medesima sede;
- Assicurare la continuità dell’assistenza in ogni suo aspetto (gestionale, informativa, relazionale), **garantendo la possibilità di accesso alle cure 24 ore su 24**, anche attraverso forme di collaborazione con le strutture ospedaliere e territoriali presenti in loco;
- Definire programmi di prevenzione, fornire assistenza medica per il paziente acuto e gestire il paziente cronico, allargando le mansioni degli operatori infermieristici nell’amministrazione della cronicità;

- Implementare l'utilizzo dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali;
- Garantire i Livelli Essenziali di Assistenza;
- Contribuire all'integrazione informativa favorendo uno scambio di preziose informazioni sui pazienti tra i componenti del team e gli enti sanitari locali (AULSS), implementando un sistema informativo integrato in cui i medici di famiglia alimentano ed utilizzano in modo professionale la cartella informatizzata.

In termini di programmazione, l'obiettivo di questo processo è che ogni AULSS proceda con l'attivazione di almeno il 60% dei MMG in MGI entro il 31/12/2017, e di arrivare al 80% entro il 31/12/2018.

Si può affermare che questo sistema nasca anche per far fronte al problema del numero elevatissimo di codici di accesso al Pronto Soccorso di colore Bianco (ovvero i casi inappropriati). La MGI dovrebbe fungere da barriera all'entrata, per cui il paziente con una situazione incerta, prima di andare Pronto Soccorso, si rivolga a questo sistema. Così in caso di visita ingiustificata il paziente risparmia le ore che avrebbe passato in Pronto Soccorso aspettando il suo turno, mentre il Pronto Soccorso evita una prestazione "risparmiabile", guadagnando in efficienza.

C – IL CONTESTO BELLUNESE IN RELAZIONE AL CONCETTO DI INTEGRAZIONE

Il paragrafo seguente si pone l'obiettivo di fare una fotografia della situazione della nuova AULSS 1 Dolomiti in merito al concetto di integrazione, valutando diversi parametri relativi all'offerta territoriale.

In seguito alla Legge regionale n°19 del 2016, il territorio della provincia di Belluno coincide con l'area di competenza della nuova AULSS 1 "Dolomitica". Esso si configura come un territorio particolarmente vasto e a bassa densità, infatti con i suoi 3.678,0 Km² è la provincia più ampia della regione del Veneto, mentre i soli 206.856 abitanti la rendono la provincia meno popolosa. La densità risultante è di 56,2 abitanti per metro quadrato, dato bassissimo se parametrato con il resto della regione.

Il territorio bellunese essendo prevalentemente montano comporta l'impossibilità di creazione di grandi centri cittadini; questo assunto è particolarmente rilevante poiché, contestualmente al calo delle nascite nazionale e all'aumento della speranza di vita, nel corso degli ultimi decenni il cittadino (prevalentemente quello giovane) sta preferendo sempre più la comodità e le offerte delle grandi città rispetto alla bellezza naturalistica dell'ambiente alpino. Il risultato è un forte incremento percentuale della popolazione anziana, infatti il 25% della popolazione ha più di 65 anni, a scapito di una bassissima percentuale di popolazione giovane, solo il 12% della popolazione ha meno di 14 anni. L'Indice di vecchiaia risultante è del 210%, dato sconcertante per quanto elevato sia.

Altro indice che segnala quest'andamento è l'"Indice di struttura della popolazione attiva", che si calcola come il rapporto tra la popolazione tra i 40 e i 64 anni e la popolazione tra i 15 e i 39 anni. Il 155,89% dimostra come ogni 2 potenziali lavoratori nella fascia di adultità emergente vi siano 3 potenziali lavoratori nella fascia di adultità matura.

Questo quadro è fondamentale perché identifica la popolazione bellunese come una popolazione prevalentemente anziana, e per questo motivo formulerà una forte domanda di servizi assistenziali. In particolare la domanda si concentrerà sulle strutture intermedie, con principale attenzione su Ospedali di Comunità, Centri Diurni e Centri di servizio.

A seguito vengono riportati i dati demografici della provincia di Belluno.

TABELLA 3 - Fonte dati Istat, aggiornati al 01/01/2016

PRINCIPALI INDICATORI DEMOGRAFICI

INDICATORI	Ex-Ulss1	Ex-Ulss2	DOLOMITICA	
DEMOGRAFICI				
<i>Superficie Km^q</i>	2748,3	929,7	3678,0	
<i>Popolazione</i>	123.860	82.996	206856	
<i>Densità (ab/kmq)</i>	45,1	89,3	56,2	
<i>Indice di struttura della popolazione attiva</i>	158,08%	152,68%	155,89%	(Pop 40-64 / Pop 15-39) (%)
<i>Indice di sostituzione della popolazione attiva</i>	154,18%	148,20%	151,75%	(Pop 60-64 / Pop 15-19) (%)
<i>Indice di dipendenza totale</i>	60,17%	59,80%	60,02%	(Pop 0-14+ Pop 65+) / (Pop 15-64) (%)
<i>0-14 /popolazione totale</i>	12%	13%	12%	
<i>Indice di invecchiamento (65+/totale)</i>	26%	25%	25%	
<i>Indice di vecchiaia</i>	218%	198%	210%	(Pop 65+ / Pop 0-14) (%)

Dal punto di vista dell'offerta verranno invece valutati diversi indicatori relativi al concetto di integrazione. I parametri relativi all'offerta territoriale che verranno esaminati sono: Posti Letto Ospedalieri, Strutture di Ricovero Intermedie e Centri di Servizio, Centrale Operativa Territoriale, Medici di Medicina Generale e Medicina di Gruppo Integrata, Accessi al Pronto Soccorso.

Prima di vedere nel dettaglio ogni singolo sistema di offerta, è necessario sottolineare come la Giunta Regionale abbia approvato nel 2013 la Deliberazione n° 2122 del 19 novembre 2013, dal titolo **“Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla l.r. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie.”** (Deliberazione Giunta Regionale 2122/2013), in cui viene stabilito, come previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, l'adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera

delle strutture pubbliche e private accreditate e in cui vengono definite le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie.

Questo documento, indica quindi il numero obiettivo di posti ricettivi di ciascuna struttura, che ogni ente responsabile dovrà rispettare.

POSTI LETTO OSPEDALIERI

In provincia di Belluno si trovano 6 strutture ospedaliere, di cui 4 nel Distretto della ex-AULSS 1 di Belluno e 2 nel Distretto della ex-AULSS 2 di Feltre.

Gli ospedali bellunesi sono: l'ospedale "San Martino" di Belluno, l'ospedale di Agordo, l'ospedale "Giovanni Paolo II" di Pieve di Cadore e l'Ospedale "Codivilla-Putti" di Cortina d'Ampezzo.

Gli ospedali feltrini sono invece: l'ospedale di Feltre e l'ospedale di Lamon.

Le schede di dotazione ospedaliera raggruppano i posti letto per Area caratteristica, queste aree sono: area Medica, area Chirurgica, area Materno-Infantile, area Terapia Intensiva, area Servizi diagnosi e cura e area Riabilitativa.

La seguente tabella (4) indica le schede di dotazione di posti letto previste dalla DGR 2122/2013. C'è da segnalare che l'ospedale di Cortina nell'aprile del 2017 ha subito una modifica delle schede di dotazione ospedaliera eliminando 10 posti letto (PPLL) dall'area Riabilitativa e aggiungendone 20 all'area Medica.

Per questo motivo, unito al cambio di proprietà della struttura, in data 01/06/2017, *"l'ospedale si trova in uno stato di incertezza riguardo sia tempi che numeri dei PPLL da attivare"* (Intervista dott. De Col, dirigente AULSS 1 Dolomiti), tale da essere momentaneamente chiuso.

Le due tabelle successive (5-6) riportano invece i PPLL attualmente realizzati nella AULSS 1 Dolomiti, divisi per Distretti.

Si segnala che, per motivi di vicinanza geografica e di tradizionale collaborazione, è stata stipulata una convenzione tra la AULSS 1 Dolomiti e il Distretto di Primiero, territorio montano del Trentino Alto Adige, ma confinante con il territorio feltrino, che stabilisce che dal 01/01/2017 al 31/12/2019 viene garantita agli abitanti del distretto di Primiero l'assistenza ospedaliera e territoriale come se fossero degli abitanti del Distretto di Feltre. A loro sono

garantiti, (e approvati da Deliberazioni della Giunta Regionale) sia dei PPLL ospedalieri sia dei PPLL nelle strutture intermedie della zona. I numeri di questi posti dedicati verranno indicati nelle schede in colore rosso a fianco del dato in nero. Il numero in rosso indica quanti PPLL sono dedicati agli abitanti di Primiero, rispetto alla globalità dei PPLL.

[esempio: 151 (9), significa che nell'area medica dell'ospedale di Feltre ci sono 151 PPLL, 142 dedicati ai feltrini e 9 agli abitanti di Primiero]

Si segnala inoltre che, visto lo stato di incertezza dell'ospedale di Cortina, vengono presi in considerazione i PPLL attuati aggiornati al mese di marzo 2017, quindi pre-modifica.

TABELLA 4 – Fonte dati DGR 2122/2013 e successive

SCHEDE DOTAZIONE POSTI LETTO							
DGR 2122/2013 (aggiornato a maggio 2017)	EX AULSS 1				EX AULSS 2		TOTALE DOLOMIT ICA
	OSPEDAL E DI BELLUN O	OSPEDAL E DI PIEVE DI CADORE	OSPEDAL E DI AGORDO	OSPEDAL E DI CORTINA	OSPEDAL E DI FELTRE	OSPEDAL E DI LAMON	
Area medica	138	32	20	60	151 (9)		401
Area chirurgica	91	18	26		99 (6)		234
Area materno- infantile	36	7			35 (4)		78
Area terapia intensiva	21	2			16		39
Area Servizi diagnosi e cura							0
Totale acuti	286	59	46	60	301 (19)		752
Area Riabilitativa	26	25	30	20	16 (1)	66 (4)	183
TOTALE	312	84	76	80	317 (20)	66 (4)	935
	TOTALE DGR EX AULSS 1		552	TOTALE DGR EX AULSS 2		383 (24)	

TABELLA 5 – Fonte dati “Registro delle Deliberazioni del Direttore Generale AULSS 2 Rasi Caldogno”, 2014

POSTI LETTO ATTUALI EX AULSS 2			
	FELTRE	LAMON	TOTALE
Area medica	157 (9)		157 (9)
Area chirurgica	90 (6)		90 (6)
Area materno- infantile	37 (4)		37 (4)
Area terapia intensiva	15		15
Area Servizi diagnosi e cura			0
Totale acuti	299 (19)		299 (19)
Area Riabilitativa	24 (1)	48 (4)	72 (5)
TOTALE	323 (20)	48 (4)	371 (24)

TABELLA 6 – Fonte dati: richiesta personale al Controllo di Gestione ex AULSS, dott. De Col 2017

POSTI LETTO ATTUALI EX AULSS 1					
	BELLUNO	AGORDO	PIEVE DI CADORE	CORTINA	TOTALE
Area medica	135	45	39	40	259
Area chirurgica	97	26	8		131
Area materno- infantile	38		7		45
Area terapia intensiva	9		2		11
Area Servizi diagnosi e cura	16		6		22
Totale acuti	295	71	62	40	468
Area Riabilitativa	5		15	30	50
TOTALE	300	71	77	70	518

L'ultima tabella (7) proposta offre uno schema riassuntivo della situazione dei posti letto ospedalieri nel territorio della AULSS 1 Dolomiti. La tabella in particolare calcola il numero dei posti letto ogni 1000 abitanti, dato fondamentale poiché a livello regionale vi è la direttiva di avere come obiettivo una dotazione complessiva di 3,5 posti letto ogni 1000 abitanti, di cui 0,5 destinati alla riabilitazione e lungodegenza (insieme compongono l'area Riabilitativa). Nel costruire la tabella si sono presi in considerazione 2 casi: le righe 2 e 4 non tengono conto della popolazione di Primiero, mentre le righe 3 e 5 la tengono in considerazione. Ovviamente se presa in considerazione l'indice di PPLL su 1000 abitanti si abbassa, ma nonostante ciò la AULSS 1 non riesce ad arrivare ai 3,5 PPLL su 1000 abitanti richiesti, restando appena sopra i 4 PPLL su 1000 abitanti. L'indice di 0,5 PPLL per l'area Riabilitativa su 1000 abitanti viene rispettato solo nel caso del Distretto di Belluno (ex ULSS 1) $[(50\text{ppll}/123860)*1000 = 0,40]$.

TABELLA 7 – Elaborazione dati tabella 4-5-6, 2017, dati Istat 2016

POSTI LETTO OSPEDALIERI	PL/AREA	DGR 2122/2013	TOTALE PL DGR 2122/2013	PPLL AL 2017	POPOLAZIONE	PL PER 1000 ABITANTI	Δ
EX AULSS 1	ACUTI	451	552	518	123.860	4,18	0,68
	RIABILIT	101					
EX AULSS 2	ACUTI	282	359	371	82.996	4,47	0,97
	RIABILIT	77					
EX AULSS 2 (COMPRESI ABITANTI E PPLL PER PRIMIERO)	ACUTI	301	383	371	92.993	3,99	0,49
	RIABILIT	82					
TOTALE DOLOMITICA	ACUTI	733	911	889	206.856	4,30	0,80
	RIABILIT	178					
TOTALE DOLOMITICA (COMPR ABIT E PPLL PRIMIERO)	ACUTI	752	935	889	216.853	4,10	0,60
	RIABILIT	183					

STRUTTURE di RICOVERO INTERMEDIE e CENTRI DI SERVIZIO

All'interno della AULSS 1 Dolomiti sono presenti soltanto 5 Strutture di Ricovero Intermedie di cui 3 Ospedali di Comunità e 2 Hospice, mentre nel territorio non sono ancora previste Unità Riabilitative Territoriali. Troviamo 2 ODC nel Distretto di Belluno (Auronzo di Cadore, 21 PPLL e Agordo, 4 PPLL), e il terzo nel Distretto di Feltre (Alano di Piave, 20 PPLL); gli

Hospice invece si trovano uno a Feltre (7 PPLL, di cui 3 dedicati agli abitanti del Distretto di Primiero) e uno a Belluno (“Casa Tua Due”, 8 PPLL).

In programmazione dal 2015, ma non ancora attuati, ci sono 12 posti letto in ODC, 6 da istituire nuovi al 5° piano dell’ospedale “San Martino” di Belluno e altri 6 per completare l’ODC di Agordo. Inoltre, programmati ma non ancora realizzati, ci sono due Unità Riabilitative Territoriali per un totale di 20 PPLL: 10 a Belluno e 10 a Feltre (di cui 3 per gli abitanti di Primiero).

La tabella 8 propone uno schema riassuntivo:

TABELLA 8 – Fonte dati: “Piano di Zona 2011-2015 AULSS 2 Feltre, PROROGA anno 2016”, “Ripianificazione 2016 Piano di Zona 2011-2015 AULSS 1 Belluno”, richiesta personale al Controllo di Gestione ex AULSS 1, dott. De Col 2017

EX AULSS	PL ATTIVATI 2016			TOTALI ATTIVATI ODC, URT, Hospice (A)
	HOSPICE	ODC	URT	
1	8	25		33
2	7 (3)	20		27 (3)
TOTALE	15 (3)	45	0	60 (3)

EX AULSS	PL PROGRAMMATI			TOTALI DA ATTIVARE (B)	TOTALI PROGRA MMATI (A+B)	(*)	(**)
	URT	ODC	HOSPICE				
1	10	12	0	22	55	60,0%	67,6%
2	10 (3)			10 (3)	37 (6)	73,0%	100,0%
TOTALE	17 (3)	12	0	32 (3)	92 (6)	65,2%	78,9%

(*) TASSO DI REALIZZAZIONE POSTI LETTO PROGRAMMATI (%)

(**) TASSO DI REALIZZAZIONE POSTI LETTO ODC PROGRAMMATI (%)

Nelle tabelle 9-10 vengono presentati i dati dell'offerta territoriale in merito ai Centri di Servizio per anziani e per disabili.

- Centri di Servizio per anziani: viene descritta l'offerta di posti letto sia in base alla tipologia di struttura (centro diurno o residenziale), sia in base al criterio di autosufficienza dei pazienti (autosufficienti, non autosufficienti [1° o 2° livello])
Ci sono da fare un paio di precisazioni: dei 116 posti letto autorizzati per non autosufficienti di 2° livello ci sono 26 PPLL pronti e autorizzati (dal punto di vista tecnico) a Pieve di Cadore a cui però mancano le impegnative, e a questi 116 se ne potrebbero aggiungere 12 (Limana) che sono in programmazione dal 2016.
- Centri di Servizio per disabili: viene descritta l'offerta specificando il numero di posti letto autorizzati di: comunità, centri diurni ed appartamenti. La raccolta dati è stata eseguita personalmente con un colloquio con la direttrice dei servizi per l'area disabilità della ex AULSS 1 Belluno.

Precisazioni: oltre ai 92 Posti Letto in Comunità ci sono 8 posti in una casa pronta a Ponte Nelle Alpi ma non si riescono a trovare i gestori; di questi 92, 12 sono di competenza del Distretto di Feltre (nonostante essi si trovino a Cusighe, nel Distretto di Belluno); l'ex AULSS 1 Belluno ha inoltre impegnative per 5 pazienti fuori provincia, poiché la domanda supera l'offerta territoriale. Sono in programmazione, ma non ancora confermati, altri 6 PPLL per i centri diurni nel Distretto di Belluno. *“Al 01/05/2017 vi sono 4 PPLL in un appartamento ad Agordo ma non è ancora partito poiché l'AULSS sta aspettando il via libera dalla regione da oltre un anno” (Di Marzo, 26/05/2017)*

TABELLA 9 – OFFERTA RICREATIVA CENTRI DI SERVIZIO PER ANZIANI. Fonte dati: “Ripianificazione 2016 Piano di Zona 2011-2015 AULSS 1 Belluno”

EX AULSS	A	B	C	D	E	F
1	1369	11	73	362	807	116
2	1256	37	44	302	807	66
TOTALE	2625	48	117	664	1614	182

A: POSTI LETTO ATTIVATI ESISTENTI

B: POSTI LETTO AUTORIZZATI PER CENTRO DIURNO AUTOSUFFICIENTI

C: POSTI LETTO AUTORIZZATI PER CENTRO DIURNO NON AUTOSUFFICIENTI

D: POSTI LETTO AUTORIZZATI PER AUTOSUFFICIENTI

E: POSTI LETTO AUTORIZZATI PER NON AUTOSUFFICIENTI 1° livello

F: POSTI LETTO AUTORIZZATI PER NON AUTOSUFFICIENTI 2° livello

TABELLA 10 – OFFERTA RICREATIVA CENTRI DI SERVIZIO PER DISABILI. Fonte dati: “Ripianificazione 2016 Piano di Zona 2011-2015 AULSS 1 Belluno”, richiesta personale alla direttrice Servizi Area Disabilità ex AULSS 1, dott.ssa Di Marzo 2017

EX AULSS	POSTI LETTO ATTIVATI ESISTENTI	POSTI LETTO COMUNITA'	POSTI LETTO AUTORIZZATI GRUPPO APPARTAMENTO	POSTI LETTO AUTORIZZATI CENTRO DIURNO
1	264	92	?	172
2	109	37	0	72
TOTALE	373	129	0	244

CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

Ulteriore strumento di offerta è la Centrale Operativa Territoriale, che al momento trova due attivazioni all'interno della AULSS 1 Dolomiti, a Belluno e a Feltre.

La COT di Belluno, attivata il 01/04/2014, dopo un periodo di apertura parziale, ora garantisce totale copertura del servizio (24 ore al giorno, 7 giorni su 7), mentre la COT di Feltre garantisce una copertura parziale in quanto è attiva solo dal Lunedì al Venerdì dalle 08.00 alle 13.00 (Fonti: siti aziendali ex AULSS 1 Belluno, 2 Feltre)

MEDICINA DI GRUPPO INTEGRATA

Le tabelle 11 e 12 sintetizzano perfettamente la situazione aggiornata al 01/05/2017 dei Medici di Medicina Generale (MMG) nella nuova AULSS 1 Dolomiti. La tabella 11 indica sotto che forma operano i 136 MMG della AULSS 1 Dolomiti. Le forme aggregate di medicina generale sono dominanti, infatti il 97% (132 su 136) dei MMG fa parte di una medicina di gruppo aggregata, che sia Medicina di Gruppo Integrata (MGI), UTAP, MMG in Rete o MMG di Gruppo. Solamente 2 MMG per ogni Distretto non fanno parte di nessuna forma aggregata. Si nota facilmente che la scelta preferita dalla maggior parte dei MMG è la MMG in Rete.

La tabella 12 invece pone l'attenzione su quanti assistiti si trovano in media ogni MMG (in media 1350) e sulla questione della Medicina di Gruppo Integrata. Il PSSR prevede che entro

la fine dell'anno corrente (2017) ci siano il 60% dei MMG che siano parte di una MGI, e l'80% entro l'anno prossimo (2018). La situazione non è delle migliori poiché fanno parte di questo sistema di integrazione soltanto il 18% dei MMG, quindi vi è una differenza del 42% dall'obiettivo prefissato.

TABELLA 11 – Fonti dati: siti aziendali ex AULSS 1 Belluno, 2 Feltre

MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG)						
	MEDICI DI MEDICINA GENERALE (MMG)	MMG in MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE	MEDICI IN UTAP	MMG IN RETE	MMG DI GRUPPO	INDIVI DUALI
EX AULSS 1	84	13	6	58	5	2
EX AULSS 2	52	11	0	31	8	2
TOTALE	136	24	6	89	13	4

TABELLA 12 – Fonti dati: siti aziendali ex AULSS 1 Belluno, 2 Feltre

EX AULSS	POPOL AZIONE AL 1/1/2016	MMG PRESENTI	ASSISTITI A CARICO DEI MMG	ASSISTITI PER MMG	MMG IN MGI	%	Δ% entro 2017
1	123860	84	110252	1312,52	13	15%	45%
2	82996	52	73292	1409,46	11	21%	39%
TOTALE	206856	136	183544	1349,59	24	18%	42%

Per spiegare l'importanza della MGI si è posto precedentemente l'assunto che questo sistema nasca anche per dare risposta ai troppi accessi impropri al Pronto Soccorso (codici bianchi). A supporto di tale teoria, nella tabella 13, sotto riportata, vengono illustrati i dati di accesso al Pronto soccorso del 2016 e del primo trimestre del 2017 dell'ospedale "San Martino" di Belluno, in cui si vede come all'incirca il 50% degli accessi al Pronto Soccorso risulta inopportuno.

TABELLA 13 – Fonti: Controllo di gestione ospedale “San Martino” di Belluno

ACCESSI PS	2016			GEN-MAR 2017		
	N°	%	TEMPO MEDIO ATTESA (min)	N	%	TEMPO MEDIO ATTESA (min)
COD BIANCO	18506	50.4	50	4749	47.8	53
COD VERDE	15032	40.9	32	4273	43.0	30
COD GIALLO	2993	8.2	11	852	8.5	11
COD ROSSO	190	0.5	0	69	0.7	0
TOTALE	36721			9943		

CONCLUSIONE

La presente Prova Finale si è proposta di compiere uno studio ed un'analisi della situazione attuale del SSR, concentrandosi sugli elementi di maggior caratterizzazione di questo sistema: la riforma del 2016 (Legge Regionale n. 19/2016), il Piano Socio Sanitario Regionale e il concetto di Integrazione.

Per completare l'analisi è stata compiuta una fotografia della situazione socio sanitaria di una delle sette provincie del Veneto, ovvero quella di Belluno.

Si è proceduto quindi in primis con un approfondimento storico sociale delle dinamiche del SSR fino alla riforma presa in esame, compiuto per comprendere al meglio le intenzioni che hanno mosso verso questa riforma, e a seguire si è proceduto con l'analisi dettagliata della riforma, caratterizzando i due suoi argomenti principali: l'istituzione dell'Azienda Zero e la ridefinizione delle Aziende Ulss. Sono stati approfonditi i contenuti principali, gli obiettivi e le ragioni per cui sono state compiute determinate innovazioni. Non si è voluto quindi dare un'interpretazione qualitativa della riforma poiché è stata approvata da soli sei mesi ed è opinione comune che per cambiamenti strutturali di questo genere, i giudizi sulla bontà dei cambiamenti e i primi risultati significativi si potranno vedere ed esprimere solo dopo un lungo periodo. Processi di trasformazione di una simile entità necessitano infatti di periodi di ambientamento delle parti prese in causa molto lunghi, anche anni.

Nella seconda parte di questa Prova Finale è stato analizzato dettagliatamente il Piano Socio Sanitario Regionale, individuando e descrivendo i punti di maggiore interesse. Come per la Legge regionale n. 19/2016 sono stati delineati i suoi contenuti strategici di programmazione, gli obiettivi tecnico operativi e le motivazioni a supporto. Punto focale per importanza e cuore pulsante del PSSR è il concetto di Integrazione, descritto in entrambe le sue declinazioni, Integrazione Socio-Sanitaria e Integrazione Ospedale- Territorio, al quale è stato dedicato un paragrafo a sé. Su questo concetto infatti è stata compiuta una ricerca più approfondita, in cui si è data molta importanza al suo valore etico sociale, cercando di delineare molto attentamente le ragioni di questo principio, gli strumenti a sua disposizione e le conseguenze positive che l'appropriamento e l'attivazione di questo modello porterebbe con sé.

La parte conclusiva di questa Prova Finale ha posto la sua attenzione sulla situazione socio sanitaria della realtà bellunese, coincidente dal primo gennaio del 2017 con la nuova Azienda Ulss n. 1 Dolomiti. Per analizzare e valutare lo stato delle ex Ulss 1 e 2 di Belluno e Feltre,

sono stati presi come elemento di studio alcuni parametri riguardanti la domanda di prestazioni e assistenza socio sanitaria e altri riguardanti l'offerta di servizi.

In particolare riguardo la domanda sono stati valutati i criteri demografici della provincia, da cui si è compreso lo stato di anzianità della popolazione media e la fortissima presenza di persone oltre i 65 anni, elementi determinanti per comprendere il tipo di domanda di servizi che sarà maggiormente richiesto.

Dal lato dell'offerta invece sono stati raccolti e analizzati diversi dati, alcuni riguardanti i Posti Letto Ospedalieri, mentre altri riguardanti gli strumenti dettati dal principio di integrazione, tra cui¹: la Centrale Operativa Territoriale (COT), le Strutture di Ricovero Intermedie e la Medicina Integrata di Gruppo (MGI). In merito a ciascuno di questi argomenti possiamo trarre delle conclusioni da questa Prova Finale:

- Per quanto riguarda i Posti Letto Ospedalieri si è notato come il numero di PPLL dell'intera Azienda Ulss sia leggermente elevato (4,10 PPLL ogni 1000 abitanti) rispetto le indicazioni regionali (3,5 PPLL ogni 1000 abitanti). Tra i parametri presi in esame solo il numero di PPLL dedicati all'area riabilitativa degli ospedali della ex AULSS n.1 di Belluno rispetta le direttive regionali.
- Per quanto concerne la COT si è notato come il Distretto bellunese operi secondo i canoni mentre quello feltrino offre ancora un'offerta del servizio limitata, 5 ore al giorno per 5 giorni la settimana, che andrebbe ampliata.
- In merito alle Strutture di Ricovero Intermedie, la situazione bellunese è confortevole vista l'offerta variegata e corposa. È da segnalare però come alcuni progetti facciano fatica a trovare realizzazione dopo essere stati ideati, e le cause possono essere molteplici: una lentezza della programmazione interna, una lentezza nelle approvazioni a livello regionale, difficoltà di trovare gestori e altre ancora.
- Nonostante vi sia già la quasi totalità di MMG in forme di medicina aggregata, la MGI fatica a decollare, e la situazione si può definire critica se parametrata alle direttive del PSSR. La medicina feltrina, per quanto concerne l'attivazione della MGI, è leggermente migliore di quella bellunese (21% MMG in MGI a Feltre e 18% a Belluno) ma entrambe sono ben lontane dal raggiungere l'obiettivo prefissato per la fine del 2017, ovvero il 60% dei MMG in MGI.

¹ Escludendo frontespizio, sommario, e bibliografia la presente Prova Finale è composta da 11.893 parole, includendoli 12.513.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

Golfetto M.T., “L’assistenza territoriale nei 3 distretti dell’Ulss 3 Serenissima alla vigilia del processo di unificazione predisposto dalla L 19/2016”, Padova 2016.

IRES Veneto, CGIL “Il sistema socio sanitario del Veneto: domanda di salute, reti territoriali e percorsi di integrazione. Un’analisi su sette Aziende ULSS” a cura di Rebba V. Bonvento B. Tenzi E., Aprile 2016.

IRES Veneto, “L’evoluzione dei sistemi sanitari regionali. Un’analisi degli assetti di governance e degli ambiti territoriali in Veneto, Toscana, Lombardia ed Emilia Romagna” a cura di Costa C, Novembre 2016.

OMS, “Carta di Ottawa per la promozione della salute”, Ottawa 21/11/1986.

“Piano di comunità 2015. Programma delle attività territoriali e Ripianificazione 2015 - Piano di Zona 2011-2015” Approvato dalla Conferenza dei Sindaci del 29 aprile 2015.

“Piano di Zona 2011-2015 Ulss n. 1 Belluno - Ripianificazione 2016” Approvata dalla Conferenza dei Sindaci ULSS n.1 Belluno con delibera n. 4 del 27.06.16.

“Piano di Zona 2011-2015 Ulss n.2 Feltre, PROROGA anno 2016, Documento di Ripianificazione anno 2016”, Feltre 2016. Approvato dalla Conferenza dei Sindaci ULSS n.2 Feltre con delibera n.139 del 23.05.2016.

Rebba V. (2013), “Il Servizio socio-sanitario regionale del Veneto: evoluzione e sostenibilità”, gennaio 2013.

Rebba V., “Lezioni di Economia Sanitaria, materiali a cura del docente”, Università degli Studi di Padova – Scuola di Economia e Scienze Politiche A.A. 2016/2017, Padova 2017.

Regione del Veneto (2012), Legge Regionale 29 giugno 2012, n. 23

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

Regione del Veneto (2012), Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012.

Regione del Veneto (2013), DGR 2122 del 19 novembre 2013: “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013”.

Regione del Veneto (2016), Legge Regionale 25 ottobre 2016, n. 19

“Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato "Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto - Azienda Zero". Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”.

Regione del Veneto (2016), “Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto - Anno 2016 (dati 2014-2015)”.

Ulss n.1 Belluno, “Atto Aziendale ULSS n. 1 Belluno – anno 2014”, Belluno 2014.

Ulss n.1 Belluno, “Carta dei Servizi – Unità operativa: centrale operativa territoriale”, Belluno 18/11/2014.

Ulss n. 1 Belluno, “Programma delle attività territoriali Ulss n. 1 Belluno”, Belluno 2016.

Ulss n.2 Feltre, “Carta dei Servizi Ulss n.2 Feltre”, Feltre 2014.

Ulss n. 2 Feltre, “Registro delle Deliberazioni del Direttore Generale Ulss n. 2 Rasi Caldogno”, Feltre 2014

The Lancet, “What is health? The ability to adapt”, 07/03/2009, Elsevier Ltd.

ISTAT, *Popolazione Residente 2016*, disponibile on line

<http://demo.istat.it/pop2016/index.html>

Ulss n.1 Belluno, sito aziendale: <http://www.ulss.belluno.it/service/medico-di-medicina-generale/>

Ulss n. 2 Feltre, sito aziendale:

<http://www.ulssfeltre.veneto.it/shared/UserFiles/file/AreaAmministrativa/Convenzioni/Elenco%20Personale%20Convenzionato/elenco%20MMG%20sede%20e%20orari.pdf>