



Conferenza promossa  
da Federsanità su

**LA NON AUTOSUFFICIENZA  
AI TEMPI DEL FEDERALISMO:  
QUALI MODELLI DI FINANZIAMENTO  
E DI ORGANIZZAZIONE?**

*Realtà e prospettive della Regione del Veneto  
e del Friuli Venezia Giulia*

*Il ruolo delle Aziende ULSS nel  
garantire prestazioni, sviluppare  
innovazione, promuovere buone  
prassi*

*Dott. Fortunato Rao, Direttore Generale  
Azienda ULSS 16, Regione del Veneto*

PADOVA, 20 MAGGIO 2011

Fondazione Opera Immacolata Concezione Onlus  
Auditorium "Silvano Pontello", Civitas Vitae  
Via Toblino 53, Località Mandria, Padova

## Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario.

DECRETO LEGISLATIVO 6 maggio 2011, n. 68

Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario. (1160112)

Capo I

Autonomia di entrata delle Regioni a statuto ordinario

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76, 87, quinto comma, 117 e 119 della Costituzione;

Vista la legge 5 maggio 2009, n. 42, recante «Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione»;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 7 ottobre 2010;

Vista l'intesa sancita in sede di Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella riunione del 16 dicembre 2010;

Visti il parere della Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale di cui all'articolo 3 della legge 5 maggio 2009, n. 42, e i pareri delle Commissioni parlamentari competenti per le conseguenze di carattere finanziario della Camera dei Deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei Ministri, adottata nella riunione del 31 marzo 2011;

Su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, del Ministro per le riforme per il federalismo, del Ministro per la semplificazione normativa e del Ministro per i rapporti con le regioni e per la coesione territoriale, di concerto con i Ministri

Publicazione sulla Gazzetta  
Ufficiale N° 109 del 12 maggio 2011

Entrata in vigore del  
provvedimento: 27 maggio 2011

Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario.

### *Art. 13 - Livelli essenziali delle prestazioni e obiettivi di servizio*

*... la legge statale stabilisce le modalità di determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, nelle materie diverse dalla sanità ...*

*... per ciascuna delle macroaree sono definiti i costi e i fabbisogni standard, nonché le metodologie di monitoraggio e di valutazione dell'efficienza e dell'appropriatezza dei servizi offerti ...*

Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario.

## *Art. 14 -Classificazione delle spese regionali*

*... sono quelle relative ai livelli essenziali delle prestazioni nelle seguenti materie:*

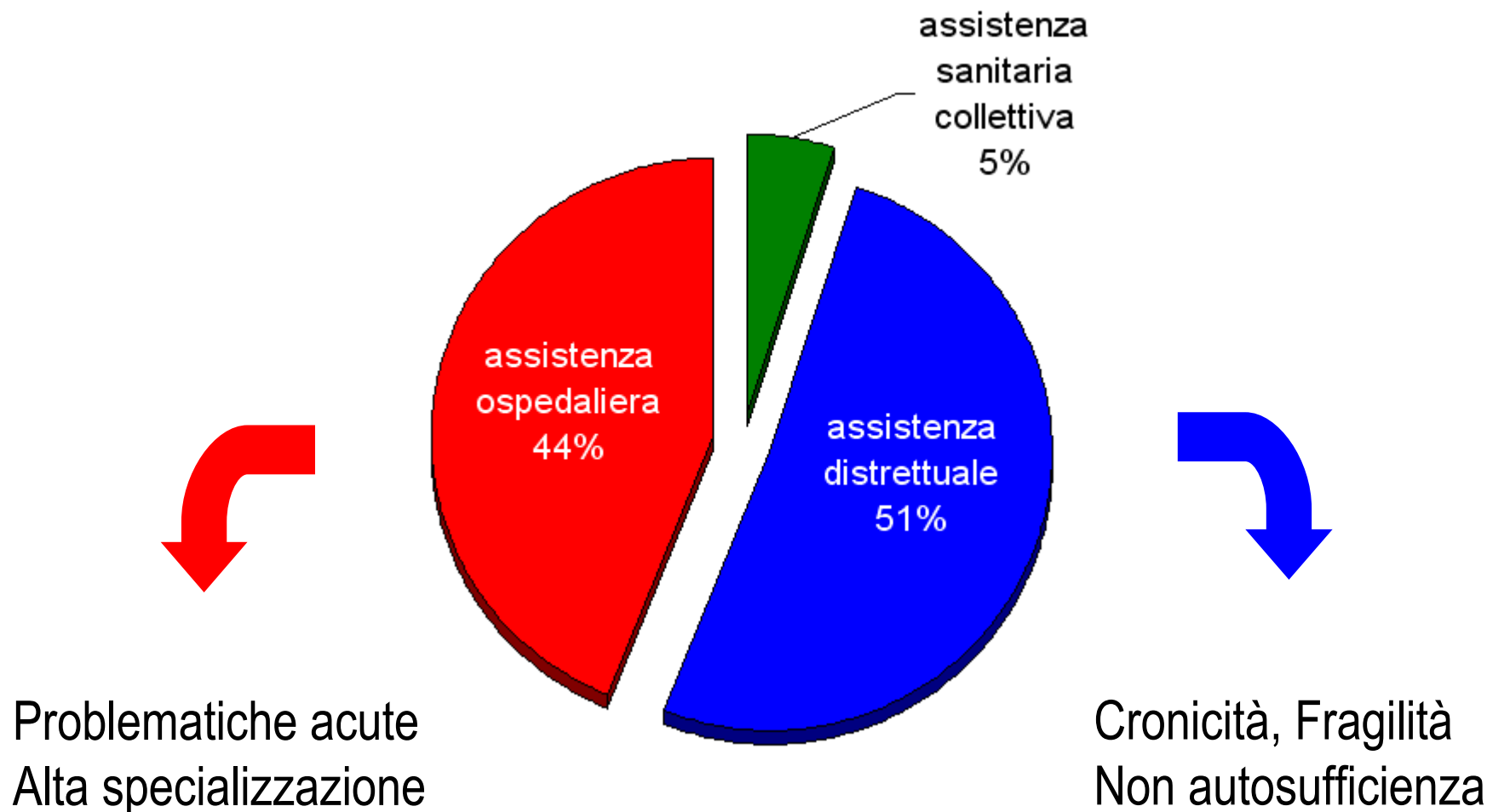
- a) sanità;*
- b) assistenza;*
- c) istruzione;*
- d) trasporto pubblico locale, con riferimento alla spesa in conto capitale;*
- e) ulteriori materie individuate in base all'articolo 20, comma 2, della medesima legge n. 42 del 2009.*

Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario.

## *Art. 27 -Determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali*

*... costituiscono indicatori della programmazione nazionale per l'attuazione del federalismo fiscale i seguenti livelli percentuali di finanziamento della spesa sanitaria:*

- a) 5 per cento per l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;*
- b) 51 per cento per l'assistenza distrettuale;*
- c) 44 per cento per l'assistenza ospedaliera.*

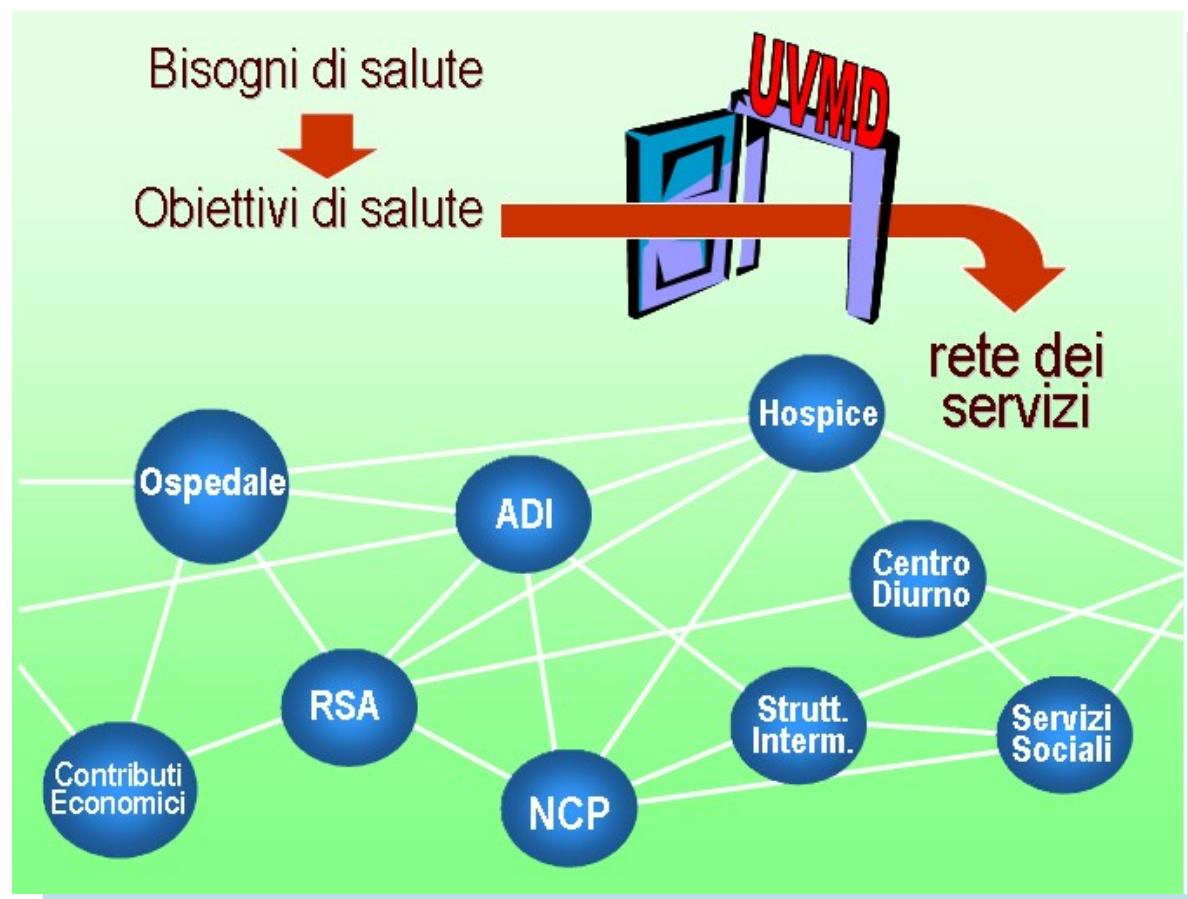


*Va letto in un'ottica di opportunità di cambiamento organizzativo in risposta ai nuovi bisogni della popolazione*

# Bisogni emergenti della popolazione

- Aumento della popolazione di età  $\geq 65$  anni.
- Aumento della prevalenza delle principali patologie croniche.
- Modificazione del contesto sociale, con riduzione del numero di componenti delle famiglie.
- Spostamento dell'assistenza dall'Ospedale per acuti alla rete dei servizi territoriali

## La rete dei servizi





## Modello integrato di rete Ospedale-Territorio



# Sviluppo della rete dei servizi territoriali:

NUOVI BISOGNI della persona anziana

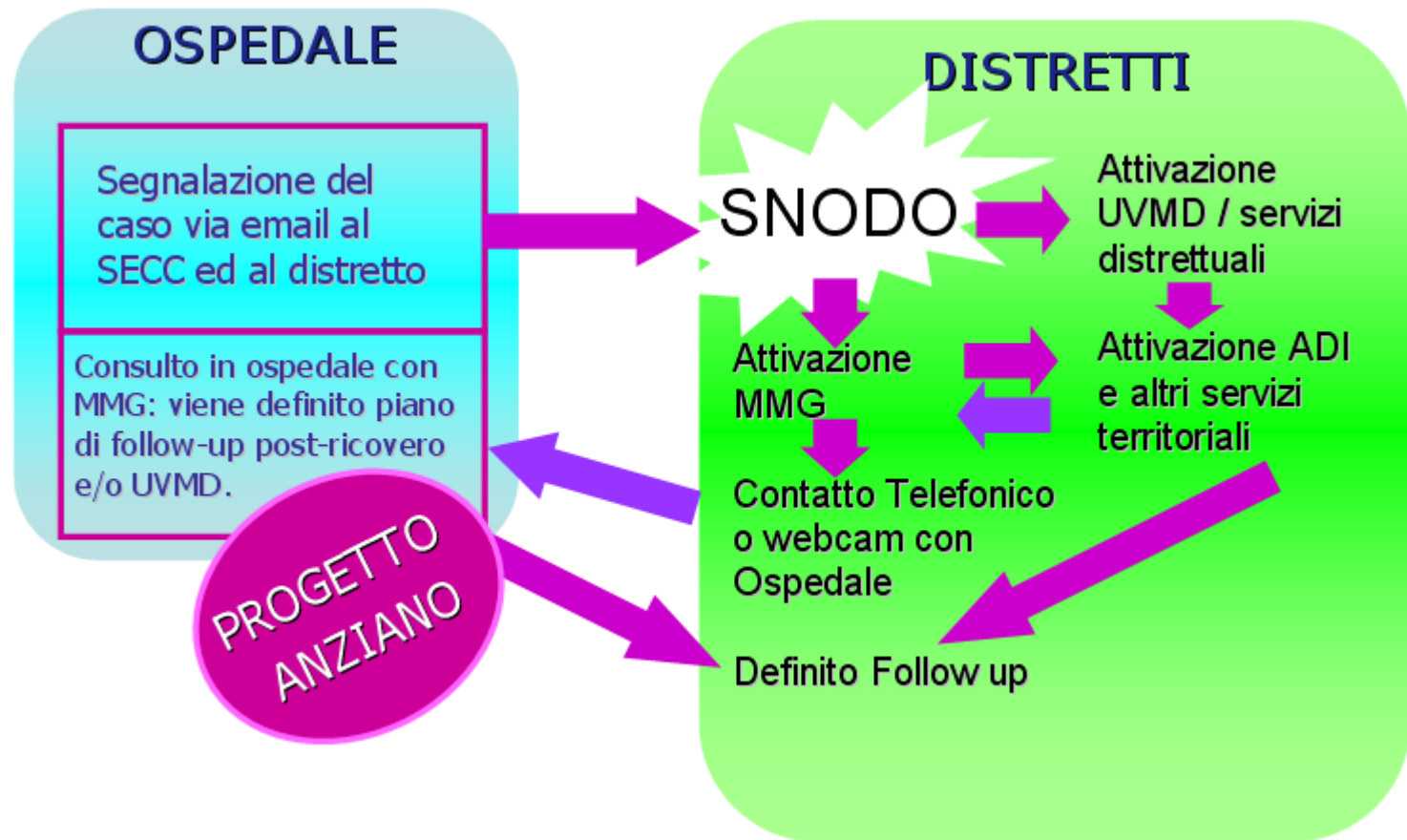


INNOVAZIONE

NUOVI SERVIZI per la presa in carico territoriale

- Triage Socio-Sanitario
- Struttura Intermedia
- Assistenza domiciliare
- Residenzialità temporanea
- Hospice
- Nucleo Stati Vegetativi
- Nucleo Alta Intensità Sanitaria (NAISS)
- ....

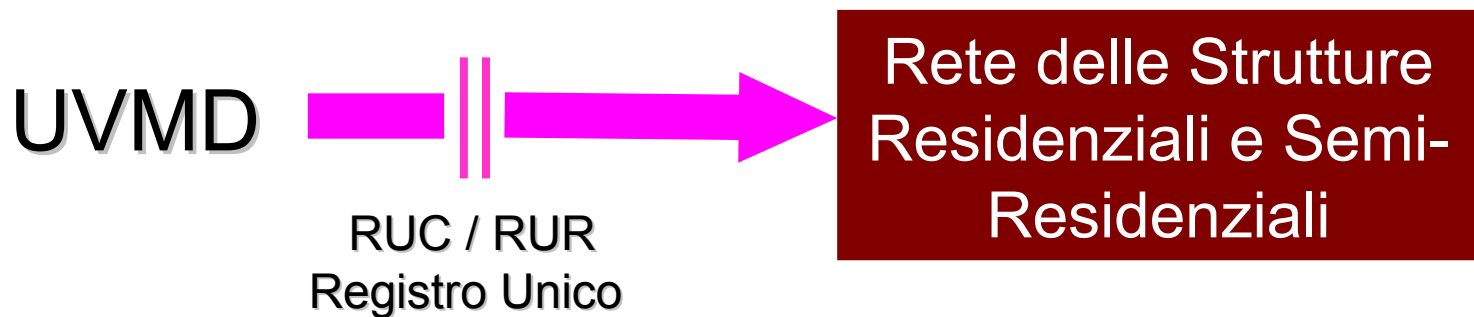
## *Dimissioni Protette*



## **Territorio → Ospedale** *Triage Socio-Sanitario*

- valutare “in ingresso”, sotto il profilo socio-sanitario, le persone anziane che si rivolgono al pronto soccorso
- individuare, con la consulenza di un geriatra e di un’equipe multiprofessionale (infermiere e assistente sociale) i bisogni di salute ed i percorsi e le risposte più appropriate per la gestione della fase di “urgenza” (diversificazione della risposta);
- orientare e sostenere l’anziano e la famiglia nell’accesso ai servizi sanitari territoriali (ADI, ambulatorio integrato...);
- segnalare tempestivamente le situazioni di “fragilità” ai competenti servizi territoriali.

## Sviluppo della Rete delle Strutture Residenziali



### **DIFFERENZIAZIONE DEI SERVIZI**

- Residenzialità Temporanea,
- Nuclei ad Alta Intensità Socio-Sanitaria (NAISS)
- Centri Diurni Alzheimer
- .....

### **APPOGGIO ALLA DOMICILIARITA'**

# Integrazione Pubblico e Privato:

2002: HOSPICE presso OIC onlus

2002: STRUTTURA INTERMEDIA

2003: Nucleo per Persone in Stato Vegetativo  
Permanente

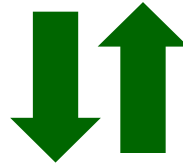
2006 : HOSPICE presso Suore Elisabettine

2008: NAISS. Nucleo ad Alta Intensità Socio-  
Sanitaria

**VALORE AGGIUNTO**

## 2003: Chiusura dell'Ospedale Geriatrico,

- Struttura Ospedaliera di 234 posti letto nel centro storico di Padova
- Punto di riferimento per la popolazione anziana della città

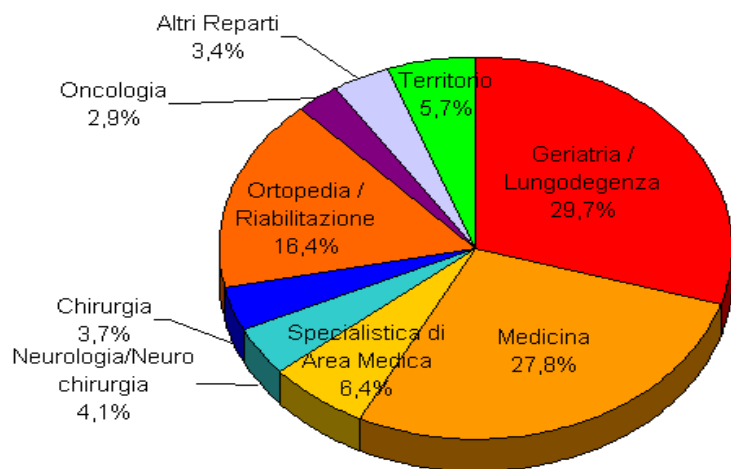


## 2002 - 2003: Attivazione di una Struttura Intermedia

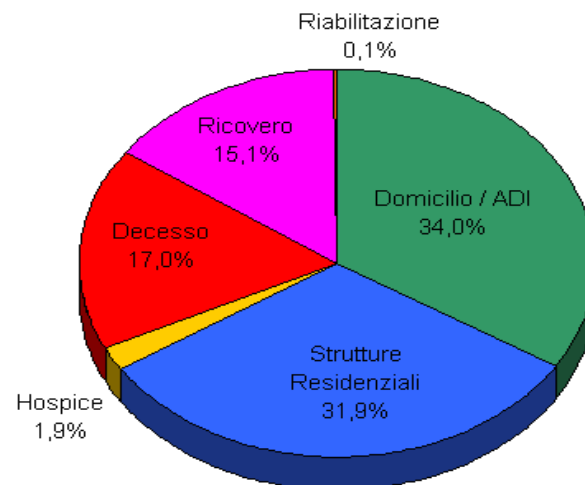
Struttura di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare sia pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero funzionale, sia pazienti provenienti dal territorio per i quali il medico di medicina generale richieda un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie.

# Struttura Intermedia:

- **60** posti letto
- Attivata il 6 Dicembre **2002**
- Situata a Padova, all'interno di locali messi a disposizione dall'O.I.C. (Fondazione Opera Immacolata Concezione onlus)
- Circa 700 ricoveri /anno



Provenienza



Destinazione



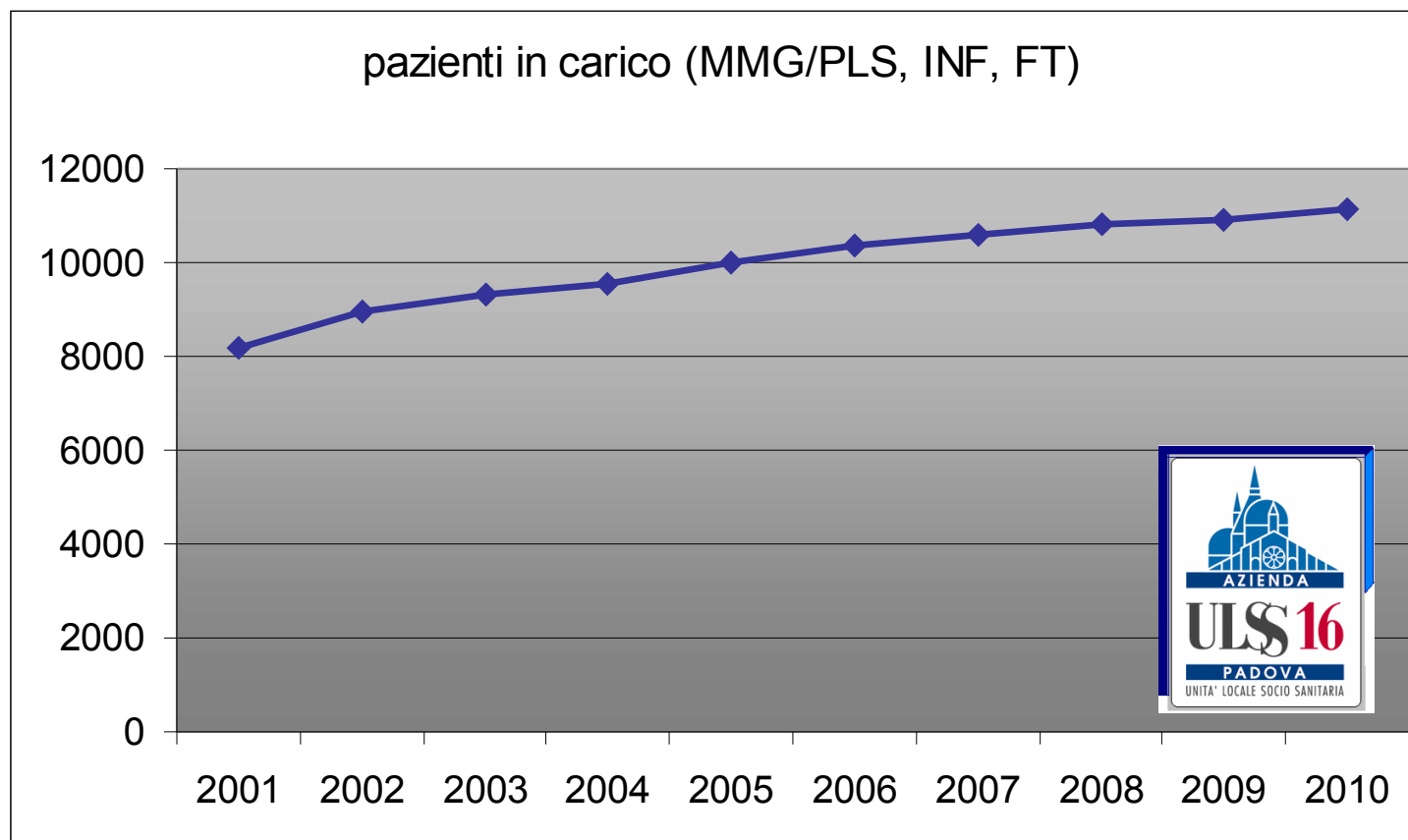
# Struttura Intermedia:

- Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi, stabiliti dal DPR 14 gennaio 1997 e dalla DGRV N°44/CR del 6 Maggio 2002.
- Personale medico: Geriatri (UO di Geriatria), Medici di continuità assistenziale, dirigente medico (responsabilità igienistica, organizzativa e gestionale).
- Personale non medico: 1 coordinatore Infermieristico + personale infermieristico, OSS/OSA, Fisioterapisti.
- Fornitura di farmaci e presidi tramite il Dipartimento Farmaceutico dell'ULSS con il protocollo già in vigore per le Residenze Protette.
- Convenzione con OIC onlus (spazi/parte del personale... )



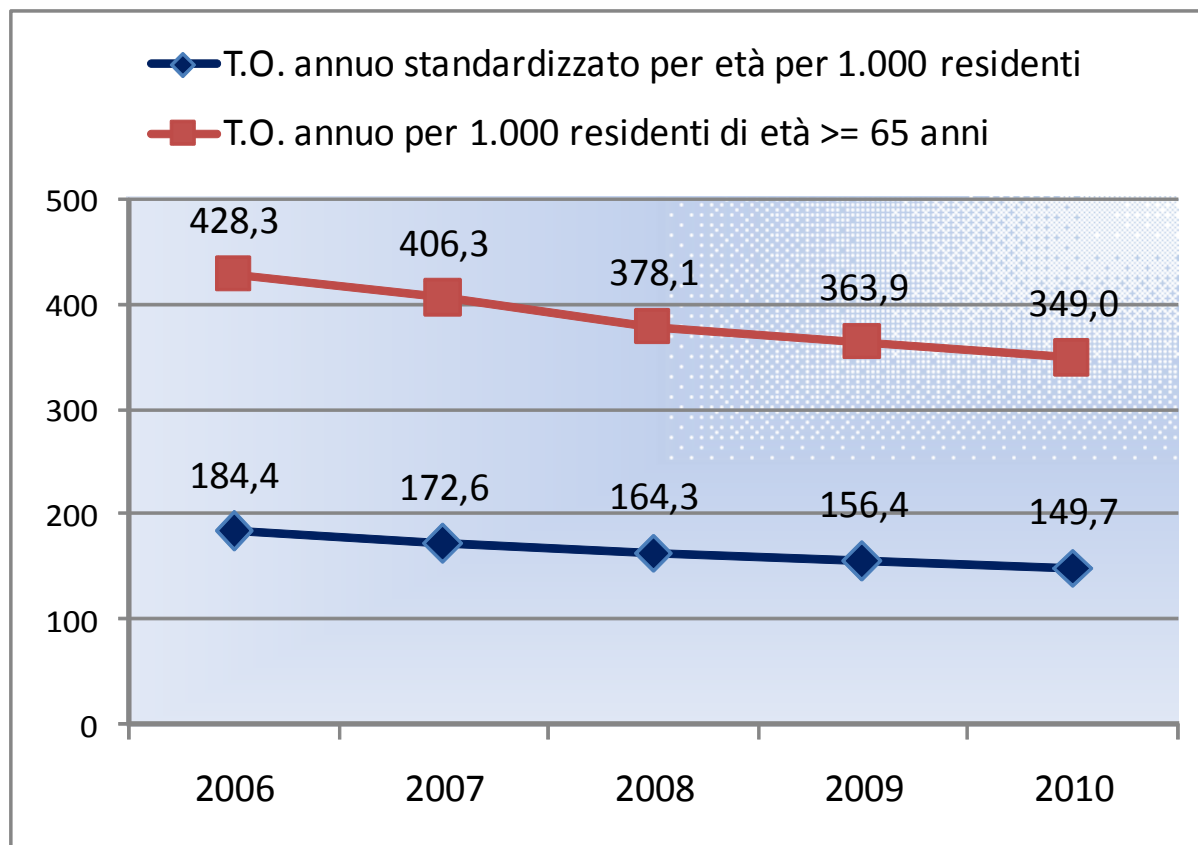
## Risultati - 1

Aumento persone raggiunti dai servizi a domicilio



## Risultati - 2

### Riduzione Ricoveri per i residenti in AULSS 16



# Conclusioni:

- Nel momento in cui si ragiona in termini di sistema di rete e nella logica dell'appropriatezza l'Ospedale diventa effettivamente luogo di cura dell'acuzie\_:
  - Si riducono gli accessi inappropriati al Pronto Soccorso
  - Si riduce l'ospedalizzazione
- Ciò si deve accompagnare a sensibilizzazione di MMG, Distretti e Medicina Convenzionata, con la necessità di condividere percorsi diagnostico-terapeutici comuni come parte integrante del sistema
- Fondamentale diventa lo sviluppo di un Sistema Informativo, sia per permettere un rapido scambio di informazioni, che per facilitare la comunicazione tra servizi
- Importante valore aggiunto è dato dall'integrazione tra strutture pubbliche, privato pre-accreditato e privato sociale.