



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:

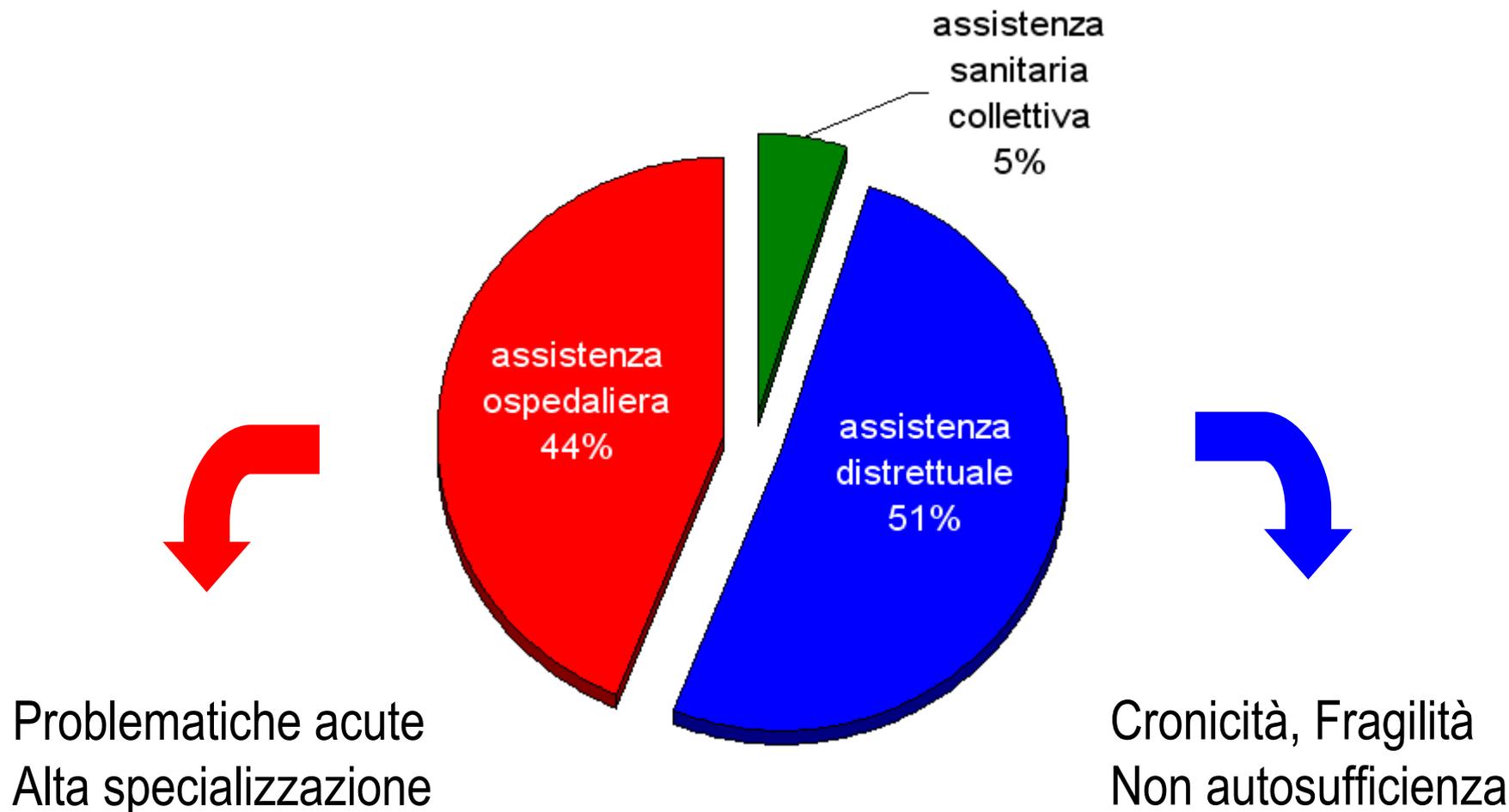
- a) sanità;*
- b) assistenza;*
- c) istruzione;*
- d) trasporto pubblico locale, con riferimento alla spesa in conto capitale;*
- e) ulteriori materie individuate in base all'articolo 20, comma 2, della medesima legge n. 42 del 2009.*

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.*

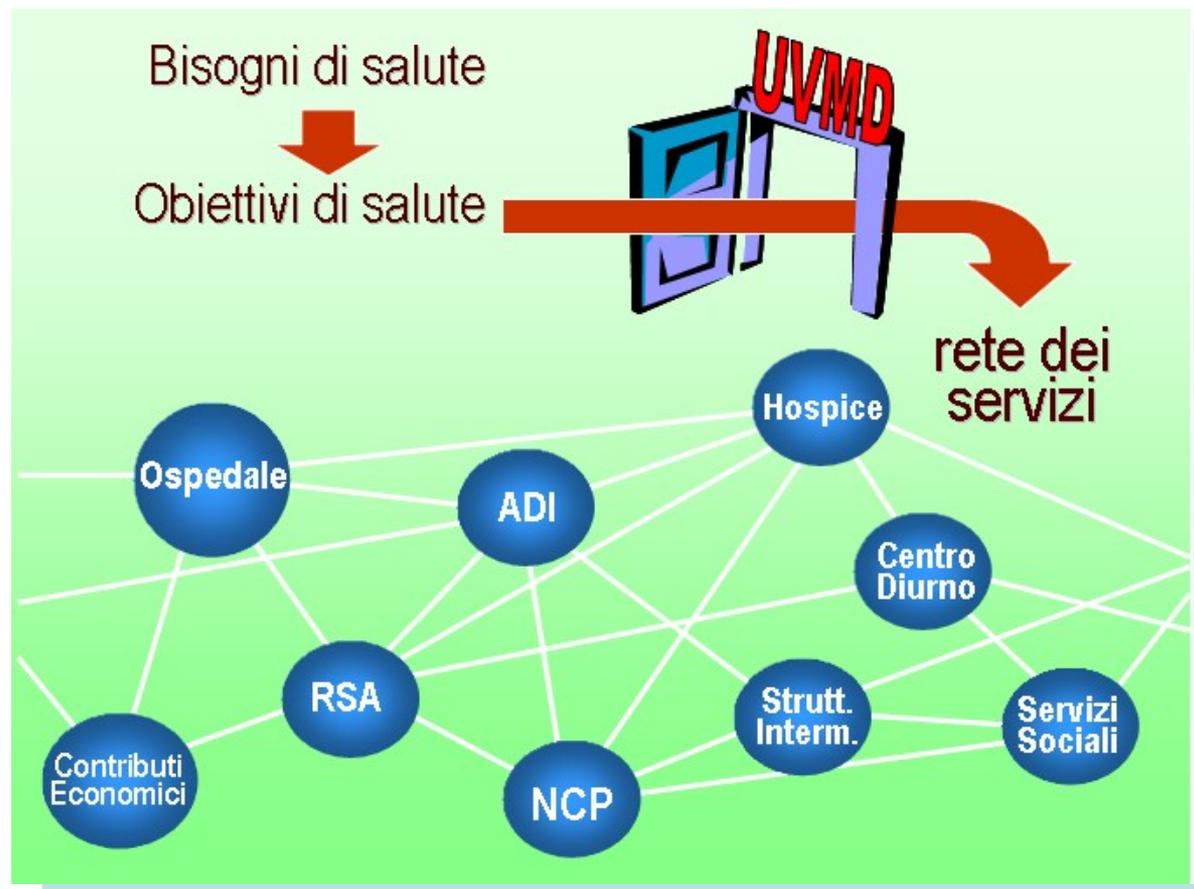


Va letto in un'ottica di opportunità di cambiamento organizzativo in risposta ai nuovi bisogni della popolazione

Bisogni emergenti della popolazione

- Aumento della popolazione di età ≥ 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)
-

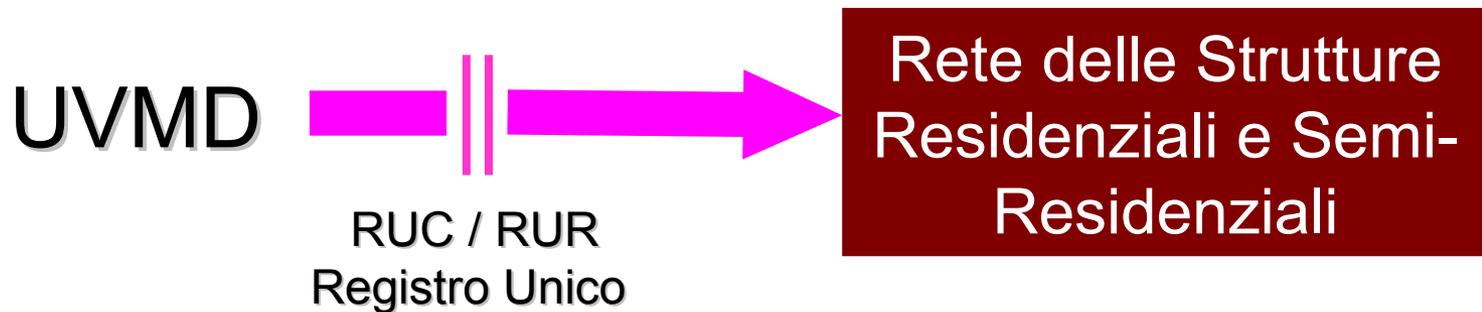
Dimissioni Protette



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'

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

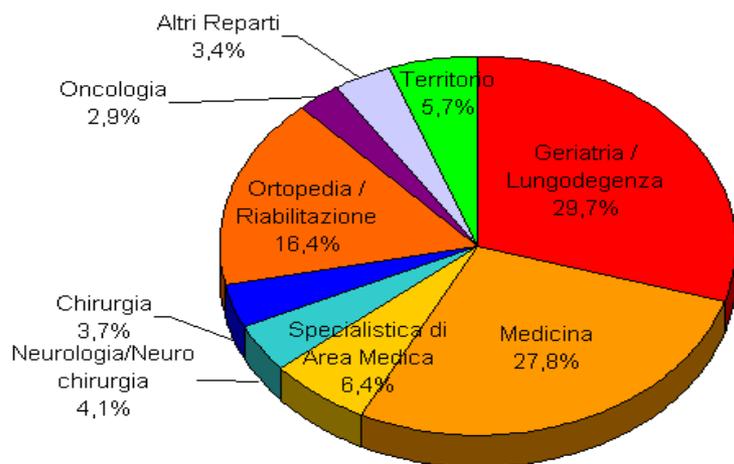


2002 - 2003: Attivazione di una Struttura Intermedia

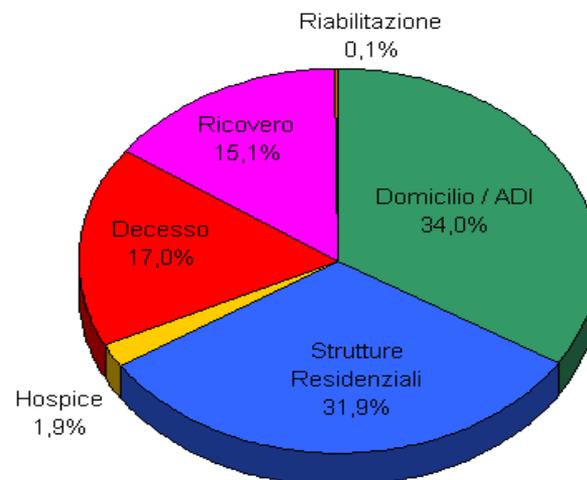
Struttura di ricovero e di assistenza idonea ad ospitare sia pazienti in dimissione da reparti per acuti degli ospedali, per i quali sia necessario consolidare le condizioni fisiche o continuare il processo di recupero funzionale, sia pazienti provenienti dal territorio per i quali il medico di medicina 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

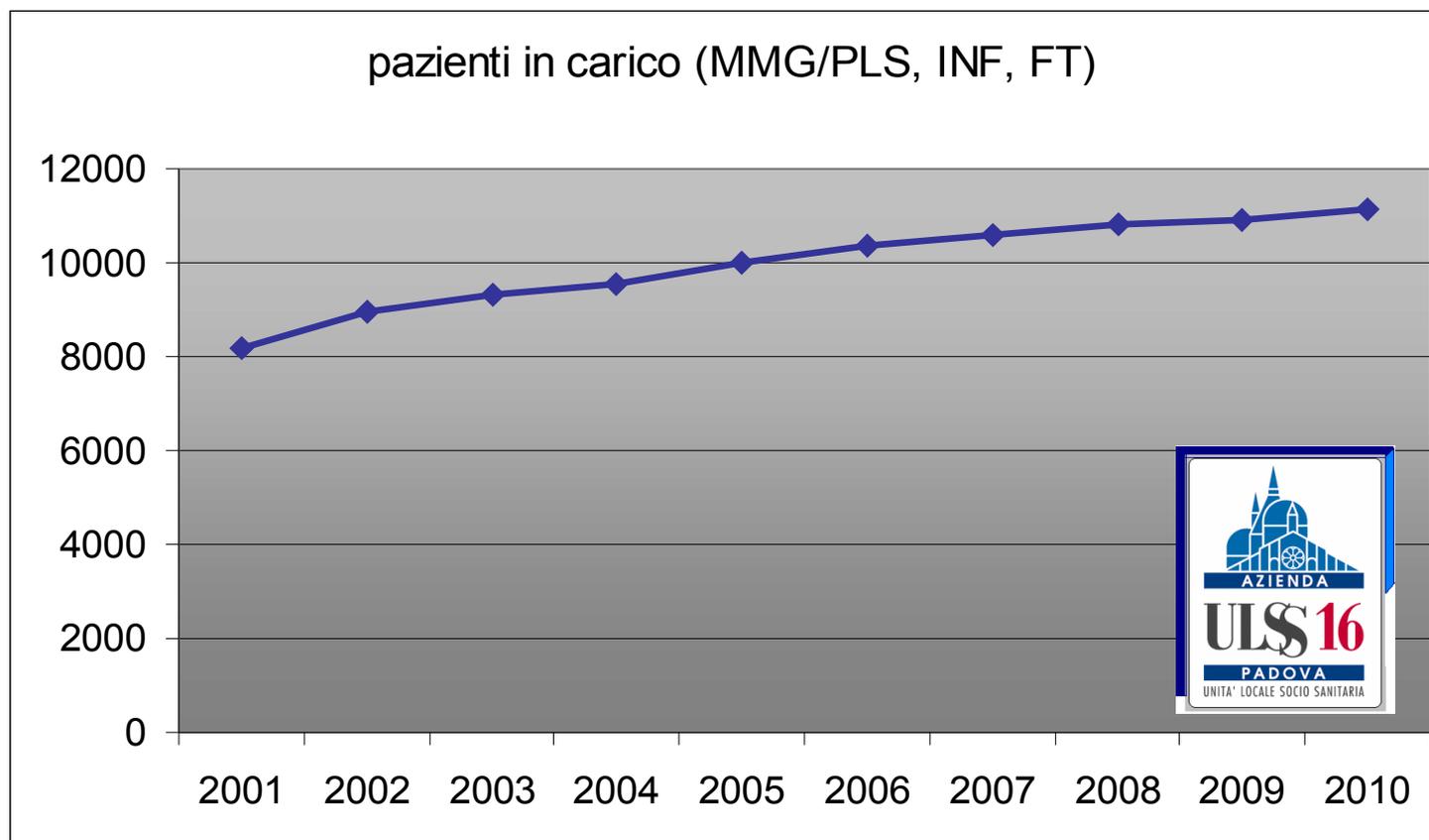
Struttura Intermedia:

- 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...)



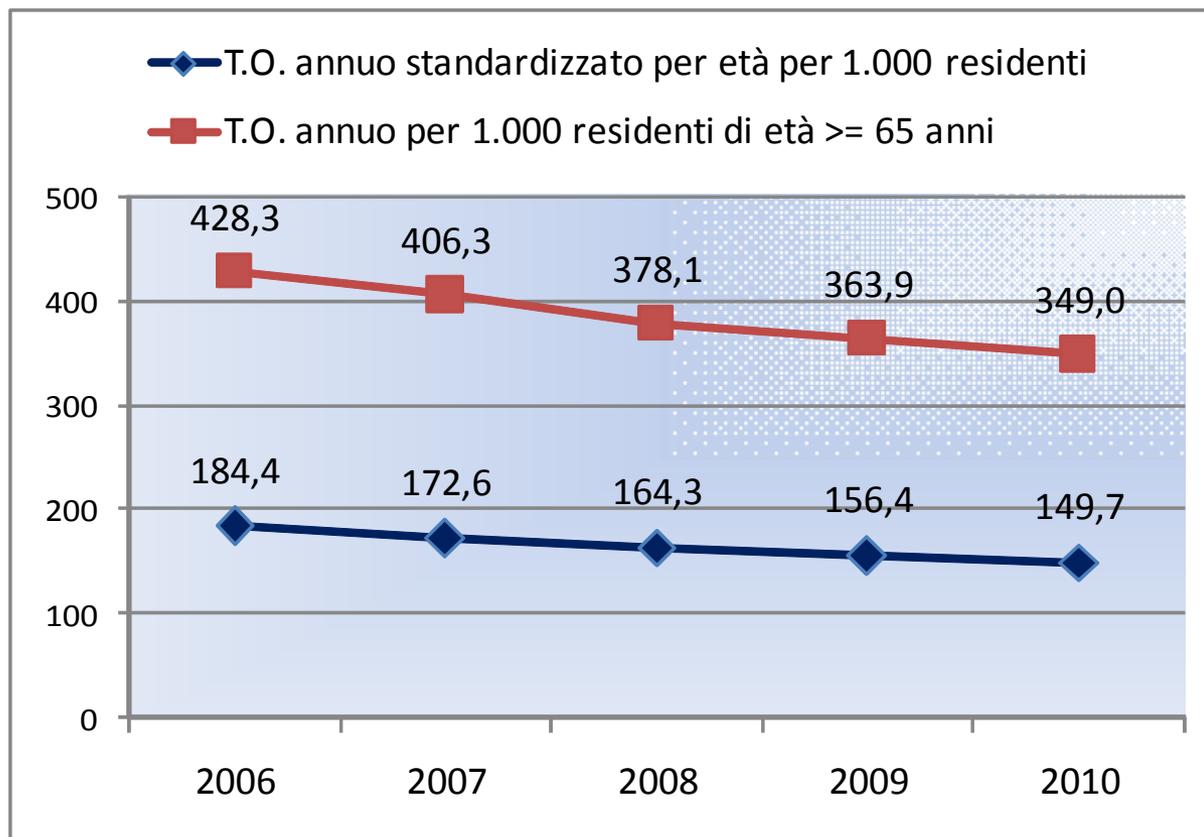
Risultati - 1

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.