REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
REGIONE DEL VENETO

Venezia, venerdì 6 luglio 2012 Anno XLIII - N. 53

PARTE PRIMA
LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

LEGGE REGIONALE 29 giugno 2012, n. 23

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

IPASVI
VENETO

Il Piano Socio- sanitario regionale 2012-2016

Luigino Schiavon
Presidente Coordinamento
Collegi IPASVI Veneto
Presidente Collegio IPASVI Venezia

Hotel Bologna
Mestre
Lunedì 30 luglio 2012
Consiglieri IPASVI Veneto

Auditoriun Centro Servizi
Cassa di Risparmio di Venezia
Mestre
22 ottobre 2012

Aula "De Salvia"
Portogruaro
23 ottobre 2012

Aula Magna Azienda U.L.S.S. 18
Rovigo
29 ottobre 2012

Aula Polifunzionale
Azienda U.L.S.S. 6
Vicenza
30 ottobre 2012

Adria
Sala " Capponnetto"
5 novembre 2012

Aula "Girardi"
S. Donà di Piave
6 novembre 2012

Aula Magna Ospedale ULSS n. 3
Bassano del Grappa
12 Novembre 2012

Hotel Crowne Plaza
Padova
13 Novembre 2012

Ospedale San Martino
Belluno
19 Novembre 2012

Rustici Palazzo Bianco
Feltre
20 Novembre 2012

Ca' del Galletto
Treviso,
26 Novembre 2012

Centro Mons Carraro
Verona
27 Novembre 2012

OECD

Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico

OECD Health Data 2012

How Does Italy Compare

Resources in the health sector (human, physical, technological)

There are more physicians per capita in **Italy** than in most other OECD countries. In 2009, **Italy had 3.7 practising physicians per 1000 population, above the OECD average of 3.1**. On the other hand, there were **6.3 nurses per 1000 population in Italy in 2010, a lower figure than the average of 8.7 in OECD countries**.

There is evidence of over-supply of doctors and under-supply of nurses in **Italy**, resulting in **an inefficient allocation of resources**.

infermieri per 100 abitanti	2010 (or nearest year)
Luxembourg [1]	16,3
Switzerland [1]	16,0
Denmark [1]	15,4
Belgium [3]	15,1
Iceland [1]	14,5
Norway [1]	14,4
Ireland [2]	13,1
Germany [1]	11,3
Sweden [1]	11,0
United States [2]	11,0
Japan [1]	10,1
Australia [1]	10,1
New Zealand [1]	10,0
United Kingdom [1]	9,6
Finland [1]	9,6
Canada [1]	9,3
media OECD	8.7
France [2]	8,5
Netherlands [1]	8,4
Slovenia [1]	8,2
Czech Republic [1]	8,1
Austria [1]	7,7
Italy [3]	**6,3**
Hungary [1]	6,2
Estonia [1]	6,1
Slovak Republic [2]	6,0
Portugal [2]	5,7
Poland [1]	5,3
Spain [1]	4,9
Israel [1]	4,8
Korea [1]	4,6
Greece [2]	3,3
Mexico [1]	2,5
Turkey [2]	1,6
Chile [3]	1,5

Medici
+0.6 per 1000 ab.

Italia
+ 32.400

Veneto
+ 2940

Infermieri
- 2,4 per 1000 ab.

Italia
- 129.600

Veneto
- 14.160

OECD

medici per 1000 abitanti	2010 (or nearest year)
Greece [2]	6,1
Austria [1]	4,8
Norway [1]	4,1
Portugal [3]	3,8
Switzerland [1]	3,8
Sweden [1]	3,8
Spain [1]	3,8
Germany [1]	3,7
Italy [1]	**3,7**
Iceland [1]	3,6
Czech Republic [1]	3,6
Israel [1]	3,5
Denmark [1]	3,5
Slovak Republic [2]	3,3
Finland [2]	3,3
France [2]	3,3
Estonia [1]	3,2
OECD AVERAGE	**3,1**
Ireland [2]	3,1
Australia [1]	3,1
Belgium [1]	2,9
Netherlands [2]	2,9
Hungary [1]	2,9
Luxembourg [1]	2,8
United Kingdom [1]	2,7
New Zealand [1]	2,6
United States [1]	2,4
Slovenia [1]	2,4
Canada [2]	2,4
Japan [1]	2,2
Poland [1]	2,2
Mexico [1]	2,0
Korea [1]	2,0
Turkey [2]	1,7
Chile [3]	1,4

BANCA D'ITALIA
EUROSISTEMA

Questioni di Economia e Finanza

(Occasional Papers)

La qualità dei servizi pubblici in Italia

di Francesco Bripi, Amanda Carmignani e Raffaela Giordano

Gennaio 2011

Numero 84

In netta controtendenza, il personale addetto agli ospedali ha continuato a crescere in quasi tutti i paesi considerati. Conseguentemente, la quantità di personale in rapporto alla capacità ricettiva degli ospedali è notevolmente aumentata, da 1,8 occupati per posto letto a 2,3 nella media dei paesi OCSE e da **1,8 a 3,1 in Italia, dove risulta particolarmente elevata anche la quota di medici sul totale degli occupati**. La relativa abbondanza di medici in Italia si ritrova anche nei dati sulla componente medica del personale ospedaliero: a fronte del **18 per cento in Italia, si registrano valori inferiori al 16 per cento in Spagna e Germania e pari al 7,4 in Francia e in Inghilterra.** Questa peculiarità appare particolarmente pronunciata **nelle strutture ospedaliere di minore dimensione; in particolare, mentre negli ospedali tedeschi e francesi la quota di personale medico cresce al crescere della dimensione**, coerentemente con il presumibile incremento della complessità dei casi trattati, in Italia tale relazione è sostanzialmente assente. **Sempre nel confronto internazionale, l'Italia appare invece meno dotata di personale infermieristico.**

...

È interessante notare che il **maggior costo medio per ricovero rilevato per l'Italia è quasi interamente dovuto agli ospedali di minore dimensione**. Anche alla luce di questa evidenza, i differenziali di costo potrebbero essere attribuiti alla funzione **di "supplenza" delle carenze che l'Italia evidenzia nell'assistenza domiciliare** svolta da strutture di dimensioni ridotte, caratterizzate da costi fissi propri della funzione ospedaliera **e con un'elevata incidenza della componente medica all'interno del personale.**

* Banca d'Italia, Servizio Studi di struttura economica e finanziaria .

XI Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità 2012
del Coordinamento nazionale delle Associazioni dei Malati Cronici (CnAMC)

Emergenza famiglie: l'insostenibile leggerezza del welfare

CITTADINANZATTIVA

Il carico sociale, emotivo e, non ultimo, economico, che questa famiglia si trova ad affrontare risulta alle volte insostenibile. **Quasi la totalità delle Associazioni che hanno partecipato all'indagine dichiara di avere problemi di tempo (92,9%)**, con la difficoltà di conciliare l'orario lavorativo con le esigenze di cura. **Questo anche perché il collettore e unico punto di riferimento per servizi sempre più ridotti e disaggregati risultano essere i familiari della persona anziana, che si ritrovano inoltre a naufragare in un mare di burocrazia e, spesso, di inefficienza.**

Il secondo problema segnalato è la **difficoltà economica nel provvedere alle cure e all'assistenza (71,4%)**, che sta portando la cura a non essere più un diritto, ma un privilegio per pochi fortunati

Tabella 23 - Le principali difficoltà dei nuclei familiari per garantire continuità e qualità nell'assistenza

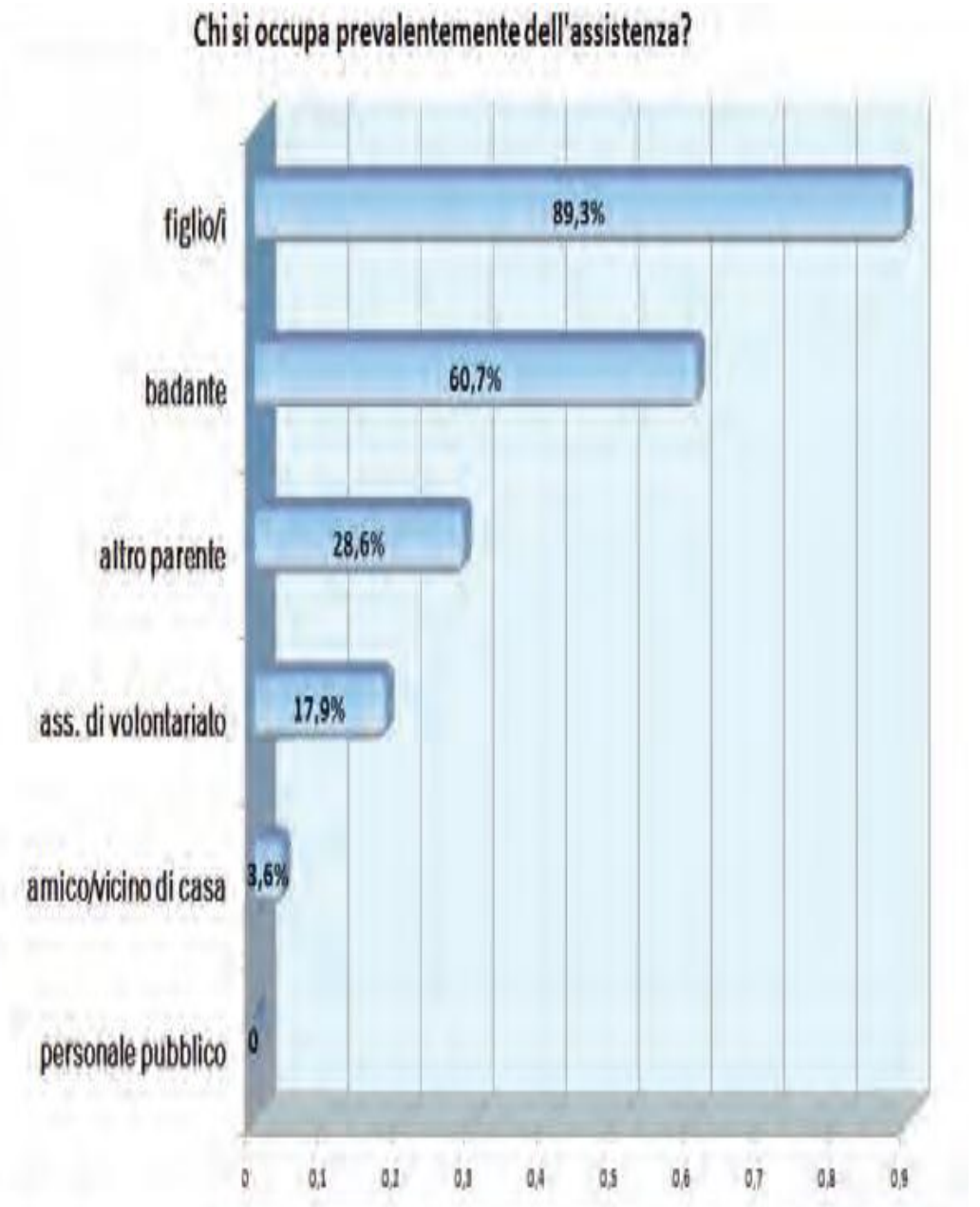
Risposte multiple

conciliare l'orario lavorativo con le esigenze di cura	92,9%
difficoltà economiche nel provvedere all'acquisto di quanto necessario per la cura	71,4%
carico assistenziale troppo oneroso perché inadeguato quello offerto dal SSN	57,1%
distanza della propria abitazione dal luogo di cura	46,4%
gestire le esigenze di cura di più familiari	35,7%
conciliare la tipologia di contratto professionale con le esigenze di cura	*7,1%*

Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

Un altro dato che testimonia quanto l'assistenza sia inesorabilmente affidata a famiglie sempre più sole e disaggregate è rappresentato nella figura 5.

Alla domanda: **"Chi si occupa prevalentemente dell'assistenza?" nessuna Associazione ha indicato il personale pubblico.** Al primo posto ci sono i **figli (89,3%)**, seguiti dall'**assistente alla persona** (badante) **(60,7%)**. In ogni caso, quindi, le famiglie devono provvedere da sé, sia in termini di tempo che economici.



Fonte: XI Rapporto CnAMC – Cittadinanzattiva

La famiglia colma i bisogni assistenziali non solo provvedendo all'assistenza diretta alla persona, ma anche mettendo fortemente mano al proprio portafoglio. A tutto ciò va aggiunta la difficoltà crescente per le **famiglie** di fronteggiare l'**onere economico** correlato**,** che impatta significativamente sui redditi familiari. Solo per fare alcuni esempi, le famiglie mediamente **spendono in un anno 8.488** euro per il supporto assistenziale integrativo alla persona,

Praticamente quasi il doppio della cifra eventualmente percepita a titolo di indennità di accompagnamento

Cittadinanzattiva - CnAMC *XI° Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità*

Siamo di fatto in presenza di una vera e propria **delega assistenziale attuata da parte dello Stato nei confronti delle famiglie**, attraverso drastici tagli alle risorse destinate al welfare sanitario e sociale, e un sistema di assistenza sanitaria territoriale che oltre a non essere complessivamente in grado di far fronte al bisogno di salute dell'anziano malato cronico, non guarda al mantenimento dell'autosufficienza e alla dignità della persona,

10° Supplemento al numero 30 2012 di Monitor
Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Poste Italiane SpA
Spedizione in Abbonamento Postale 70% - Roma

I QUADERNI DI monitor

Elementi di analisi e osservazione del sistema salute

LA PRESA IN CARICO DEGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

FIGURA 1 - Evoluzione della copertura e dell'intensità dell'ADI (numero indice,2001=100)

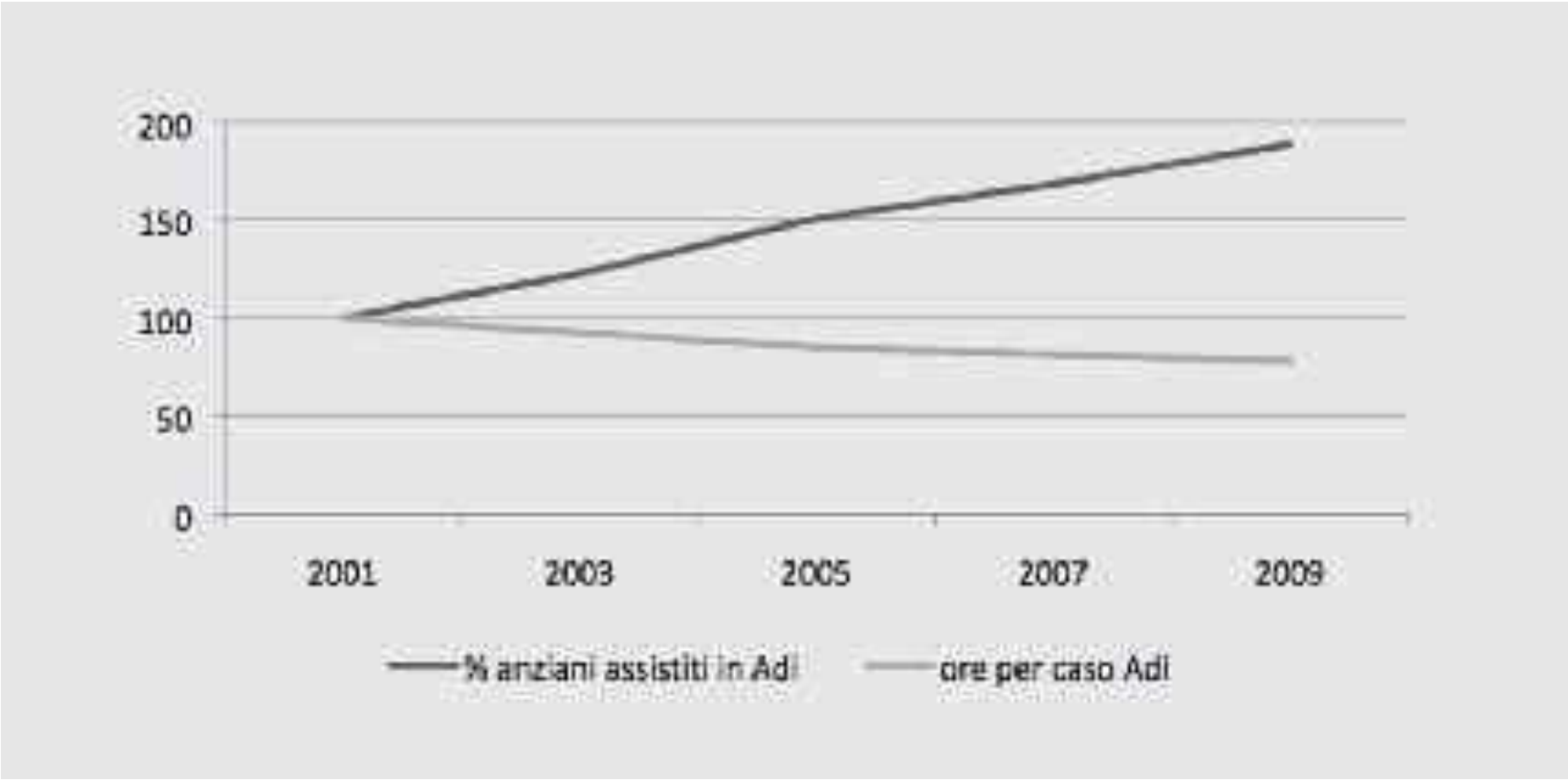


TABELLA 2 - Percentuale di persone 65+ che ricevono interventi per la non autosufficienza (interventi pubblici e badanti)[1], 2008-2009

	%
Strutture residenziali	2,6
Servizi di assistenza domiciliare (SAD) del Comune	4,1
Assistenza domiciliare integrata (ADI) della ASL	2,8
Indennità di accompagnamento	9,5
Badanti	7,6

Fonte: www.maggioli.it/rna

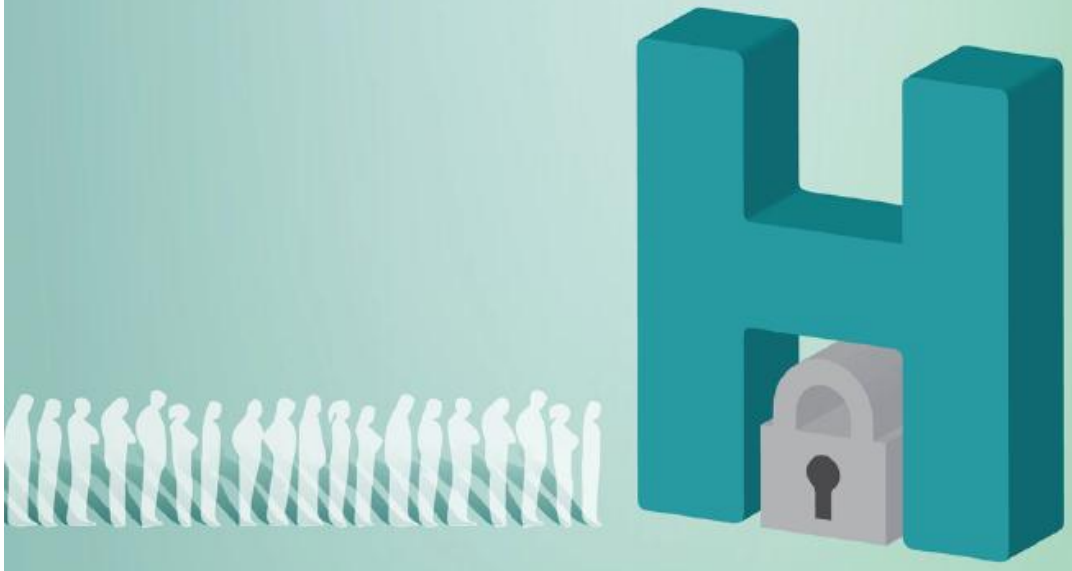
TABELLA 7 - Quali sono le concrete conseguenze che il declino dell' assistenza agli anziani non autosufficienti produce?

Le conseguenze	Esempi pratici
Le famiglie non ricevono le informazioni e i consigli che richiedono	- Indebolimento dei servizi di informazione/consulenza - Servizi domiciliari sempre più concentrati solo sulle singole prestazioni
Un welfare in declino è di bassa qualità	- La riduzione dei finanziamenti spinge a diminuire la qualità dei servizi
Un lavoro spesso sfruttato	- Meno risorse nei servizi si scaricano (anche) sugli operatori
La non autosufficienza come origine di diseguaglianza	- Nelle strutture residenziali un gruppo crescente di famiglie non riesce a pagare retta o lo fa solo a costo del proprio impoverimento - In generale, aumentano gli anziani che rimangono esclusi dai servizi pubblici

Fonte: www.maggioli.it/rna

Rapporto PiT Salute 2012

Servizio Sanitario Nazionale e cittadini: **lo Stato (A)sociale.**



tribunale per i diritti del malato di CITTADINANZATTIVA

CITTADINANZATTIVA

I dati **OCSE** più aggiornati, pubblicati nel 2012 parlano chiaro:

la spesa sanitaria complessiva

(pubblica e privata)

rappresenta nel 2010 per l'Italia il **9,3%** del PIL,

meno della media OCSE (**9,5%**),

e molto meno rispetto ai Paesi Bassi (**12,0%**),

Francia (**11,6%**)

e Germania (**11,6%**).

L'Italia ha una spesa sanitaria pro capite nel 2010 pari a **2.964,00 Euro**,

meno della media OCSE **3.268,00** Euro,

molto meno di Germania **4.338,00** Euro

E Francia **3.974,00**.

I cittadini segnalano che i principali protagonisti degli episodi **di mancata umanizzazione delle cure** sono, come mostra la *Tabella 1*, i **medici ospedalieri**, con un dato che suona come campanello d'allarme e che deve invitare i cittadini che ne sono vittima ad effettuare segnalazioni alle Direzioni Sanitarie e agli Assessorati regionali competenti: il dato sale di circa dieci punti percentuali nel corso di un anno, passa, infatti, dal 34,3% del 2010 al 43,1% del 2011. A seguire i comportamenti sgarbati e di incuria da parte degli infermieri ospedalieri: 23,1% delle segnalazioni nel 2011. Altro soggetto, protagonista in negativo della scarsa umanizzazione è il medico di base:

Carenza di umanizzazione del personale sanitario	2011	2010
Medico ospedaliero	43,1%	34,3%
Infermiere ospedaliero	23,1%	27,2%
Medico di base	12,8%	12,8%
Medico specialista privato	10,6%	15,7%
Medico ASL	10,4%	10,0%
Totale	**100%**	**100%**

Tabella 1- Fonte Cittadinanzattiva – Rapporto PiT Salute 2012

Procedimento di formazione

- La Giunta regionale, su proposta del Presidente Luca Zaia, **ha adottato** il disegno di legge con deliberazione 26 luglio 2011, n. 15/ddl;

- Il **disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale** in data 27 luglio 2011, dove ha acquisito il n. 190 del registro dei progetti di legge;

- Il progetto di legge **è stato assegnato alla Quinta commissione** consiliare;

- La **Quinta commissione consiliare ha espresso parere sul progetto** di legge in data 5 aprile 2012;

- Il **Consiglio regionale**, su relazione della Quinta Commissione consiliare, consigliere Leonardo Padrin e su relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, consigliere Claudio Sinigaglia, **ha esaminato e approvato** il progetto di legge con deliberazione legislativa 20 giugno 2012, n. 19.

Il percorso:
un impegno costante dei Collegi Veneti

- 2 incontri preparatori in Regione Veneto sugli indirizzi generali
- 10 incontri di Tavolo tecnico a Montecchio Precalcino (VI)
- Audizione in V^ Commissione
- Incontri con vari consiglieri regionali, assessori ecc. ecc.

Il percorso:
un impegno costante dei collegi veneti

I documenti:

oltre alle varie evoluzioni e ri-scritture del testo

580 pagine di emendamenti proposti da vari organismi alla V^ Commissione

187 pagine di emendamenti proposti da gruppi e consiglieri regionali alla V^ Commissione

209 pagine di emendamenti proposti da gruppi e consiglieri regionali al Consiglio Regionale prima della discussione sul testo licenziato dalla V^ Commissione

43 pagine di emendamenti proposti da gruppi e consiglieri regionali ed assessori durante la discussione in aula

Totale 1019 pagine di documenti

Gli scenari di riferimento:
Socio- demografico

Abitanti **4.900.000**

51% donne

20% oltre 65 anni

2,5 numero medio componenti il nucleo familiare

454.000 (9,3%) stranieri

Gli scenari di riferimento: **epidemiologico e bisogni di salute**

Mortalità:

<u>Uomini:</u> tumori 37%, sistema circolatorio 33%, apparato respiratorio 7%, traumi e avvelenamenti 5%

<u>Donne:</u> sistema circolatorio 41%, tumori 27%, apparato respiratorio 6%, disturbi psichici 5%

Gli scenari di riferimento: **i principali gruppi di malattie**

Tumori:

incidenza aumenta progressivamente con l'età, (picco nel feltrino)

IMA:

6.500 casi nel 2009 (17,8 al giorno)

Malattie cerebrovascolari acute:

9.000 casi di ictus nel 2009 (24,65 al giorno)

Gli scenari di riferimento: **i principali gruppi di malattie**

Scompenso cardiaco:

22.906 ricoveri nel 2009(62,75 al giorno)

BPCO:

6.400 ricoveri nel 2009 (17,53 al giorno)

80% oltre 65 anni

Diabete mellito:

193.000 esenzioni ticket nel 2009 (4% della popolazione

+ 0,3% rispetto al 2007)

Gli scenari di riferimento: **i principali gruppi di malattie**

Malatie infettive:

HIV: 12.400 casi stimati, riduzione dei nuovi casi e aumento della sopravvivenza

TBC: riduzione delle segnalazioni

Salute Mentale:

Utenti psichiatrici: 69.810 nel 2009 di cui 17% assistiti in ospedale e 83% nei servizi territoriali

Cronicità

Malattie rare

Malattie professionali

Infortuni sul lavoro

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
REGIONE DEL VENETO

Venezia, venerdì 6 luglio 2012 Anno XLIII - N. 53

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

LEGGE REGIONALE 29 giugno 2012, n. 23

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

IPASVI VENETO

Il Bilanciamento dei Paradigmi

Paradigma d'Attesa

Paradigma di Iniziativa

Assistenza Ospedaliera "Paradigma dell'attesa“	Cure Primarie "Paradigma dell'iniziativa“
Intensività tecno- assistenziale ed elevata standardizzazione dei processi	Estensività socio-assistenziale e modularità della risposta
Orientato alla produzione di prestazioni e alla cura dell'episodio acuto	Orientato alla gestione di processi Assistenziali e alla continuità delle cure
Presidia l'efficienza	Presidia l'efficacia e i risultati
Tende all'accentramento e alla verticalità per realizzare economie di scala	Tende al decentramento e alla orizzontalità per valorizzare il capitale sociale
Punta all'eccellenza	Punta all'equità

Un piano Ri-Orientamento

centralità dell'ospedale VS *Centralità del Cittadino*

indicatori di processo VS *Indicatori di Esito*

gerarchia verticale VS *Filiera Professionale*

atomizzazione VS *Sistema*

esecutori VS *Responsabili*

comparse VS *Protagonisti*

MINISTERO DELLA SALUTE, BOZZA DECRETO

Regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311" e dell'articolo 15, comma 13, lettera *c)* del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

di concerto con

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Le linee guida dovranno fornire indicazioni, in modo che i criteri di ammissione ai trattamenti ospedalieri:

-a) siano finalizzati a valutare e selezionare i pazienti ai fini dell'ammissione sotto il profilo di :

-severità della condizione clinica/evento morboso/trauma che ha portato il paziente in ospedale

-intensità/complessità dell'assistenza necessaria.

della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse;

4.6 Sia per volumi che per esiti, le soglie minime, identificabili a livello nazionale sulla base di evidenze scientifiche possono consentire di definire criteri non discrezionali per la riconversione della rete ospedaliera ed eventuali valutazioni per l'accreditamento. Entro 6 mesi dalla data di emanazione del presente documento, verranno definiti i valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito, da parte di una commissione costituita da Ministero, Agenas, Regioni e P.A. La stessa commissione provvederà ad aggiornare periodicamente le soglie di volume e di esito sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili.

Le soglie identificate si applicano a tutti i soggetti pubblici e privati accreditati. Nelle more di tali definizioni anche di tipo qualitativo, tenuto conto anche degli aspetti correlati all'efficienza nell'utilizzo delle strutture si definiscono, per il triennio 2013-2015, le seguenti soglie minime di volume di attività:

Interventi chirurgici per Ca mammella	100 primi interventi annui su casi di tumore della mammella incidenti per Struttura complessa
Colecistectomia laparoscopica	100 interventi annui per Struttura complessa

10.1 Ospedale di comunità

E' una struttura con numero limitato di p.l. (15-20) gestito da personale infermieristico, in cui l'assistenza medica è assicurata dai Medici di Medicina generale e dai pediatri di libera scelta e la responsabilità igienico-organizzativa e gestionale fa capo al distretto che assicura anche le necessarie consulenze specialistiche.

Prende in carico pazienti che necessitano:

-di interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio ma che necessitano di ricovero in queste strutture in mancanza di idoneità del domicilio (strutturale e familiare).

-di sorveglianza infermieristica continuativa.

La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso.

Art. 5

Modifiche dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517"

1. I commi 1 e 2 dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 sono sostituiti dai seguenti:

"1. Il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

2. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale è nominato dal direttore generale con provvedimento motivato,sentito il sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'azienda ULSS coincida con quello del comune o la rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento. ***Egli è un laureato, preferibilmente nelle professioni sanitarie, mediche e non****, socio-sanitarie e sociali che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione con autonoma gestione di budget e di risorse umane.*

IL Direttore dei Servizi Sociali e della funzione territoriale

Egli è un laureato, preferibilmente nelle professioni sanitarie, mediche e non

Art. 10

Schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie

1. La Giunta regionale approva, in conformità a quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, sentita la competente commissione consiliare, che esprime parere obbligatorio e vincolante entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento, decorsi i quali si prescinde dal parere stesso, contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera, al fine di rendere omogenea la prevenzione, l'assistenza e la cura nel proprio territorio e per garantire la continuità dell'assistenza e delle cure, le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni azienda ULSS, tenendo conto dell'articolazione distrettuale, della distribuzione delle strutture sul territorio regionale nonché dell'accessibilità da parte del cittadino.

2. Le schede di dotazione territoriale contengono anche la previsione delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie.

contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera, al fine di rendere omogenea la prevenzione, l'assistenza e la cura nel proprio territorio e per garantire la continuità dell'assistenza e delle cure, le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni azienda ULSS

Art. 11

Conferimento incarichi e valutazione dei dirigenti apicali di unità operative complesse

1. Il direttore generale delle aziende ULSS, ospedaliere, ospedaliero-integrate e dell'Istituto oncologico veneto (IOV) procede al conferimento degli incarichi di dirigenti apicali di unità operativa complesse rendendo pubbliche le motivazioni professionali ed evidenziando qualità e meriti del soggetto al quale viene conferito l'incarico.

2. La Giunta regionale provvede, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, alla formulazione di uno schema-tipo di contratto di lavoro che, nel rispetto della vigente normativa, individua i seguenti criteri ai quali è obbligatorio far riferimento per la valutazione di fine incarico dei dirigenti apicali di unità operativa complesse:

a) quantità e qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali concordati preventivamente in sede di discussione del budget;

b) valorizzazione dei collaboratori;

c) soddisfazione degli utenti;

d) strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.

3. L'esito positivo della valutazione di cui al comma 2 determina la conferma dell'incarico.

a) quantità e qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali concordati preventivamente in sede di discussione del budget;

b) valorizzazione dei collaboratori;

c) soddisfazione degli utenti;

d) strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
REGIONE DEL VENETO

Venezia, venerdì 6 luglio 2012 Anno XLIII - N. 53

PARTE PRIMA
LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

LEGGE REGIONALE 29 giugno 2012, n. 23

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

ALLEGATO A

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

Rappresentano, dunque, scelte strategiche della programmazione regionale:

- il potenziamento e consolidamento dell'offerta territoriale, imperniata sulla gestione integrata del paziente e sulla continuità dell'assistenza;
- la ridefinizione organizzativa dell'offerta ospedaliera, secondo criteri di omogeneità quali-quantitativa per i diversi segmenti del SSSR in un contesto di equità allocativa e di accessibilità;
- la ridefinizione delle competenze e la implementazione di una sinergia virtuosa tra Ospedale e Territorio, orientando il primo al trattamento dell'acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità, secondo logiche di rete;
- lo sviluppo di politiche di integrazione professionale e di intersettorialità degli interventi, all'interno di modelli organizzativi sostenibili e qualificati;
- l'investimento sull'appropriatezza clinica ed organizzativa, con particolare riguardo alla appropriatezza prescrittiva ed al consumo di risorse socio-sanitarie, attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile dei professionisti e dei cittadini, anche allo scopo di ottenere una consistente riduzione delle liste d'attesa.

orientando il primo al trattamento dell'acuzie ed il secondo alla presa in carico della cronicità, secondo logiche di rete

lo sviluppo di politiche di integrazione professionale e di intersettorialità degli interventi, all'interno di modelli organizzativi sostenibili e qualificati

attraverso il coinvolgimento attivo e responsabile dei professionisti e dei cittadini

2. COSTRUIRE LA PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Il SSSR nel Veneto sostanzia quattro principi fondamentali:

- l'universalità ossia l'essere rivolto a tutta la popolazione di riferimento;
- 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;
- l'umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria;
- l'integrazione socio-sanitaria.

Il PSSR intende proporre una visione fondata su una "rete di sicurezza" per il cittadino con la messa in rete delle strutture territoriali integrate con la rete ospedaliera.

universalità

equità

umanizzazione

integrazione socio-sanitaria

"rete di sicurezza"

Ciò non di meno, l'attuale contesto economico porta a considerare, come dimensione fondamentale della programmazione, la sostenibilità del sistema socio-sanitario, intesa nelle sue diverse accezioni:

- la sostenibilità economica che si realizza attraverso un utilizzo appropriato delle risorse e che assume una valenza etica quale capacità di garantire, a fronte di risorse finite, la tutela della salute a chi ne ha effettivamente bisogno;
- la sostenibilità sociale che si realizza attraverso un processo di coinvolgimento attivo dei cittadini e della comunità, per condividere le politiche di cambiamento, di partecipazione e di responsabilizzazione;
- la sostenibilità professionale che si realizza attraverso politiche ed interventi di condivisione degli obiettivi, di comunicazione e di formazione degli operatori del SSSR a tutti i livelli, al fine di acquisire le competenze e gli strumenti per organizzare, gestire ed attuare l'innovazione e il cambiamento.

sostenibilità economica

sostenibilità sociale

sostenibilità professionale

2.2 UMANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA

In quest'ottica umanizzare l'assistenza significa anche garantire una funzione di"orientamento" del cittadino all'interno del SSSR, attraverso un "referente" che guidi l'utente-persona e faccia in modo che i professionisti deputati all'assistenza non operino in modo settoriale. Il medico di famiglia mantiene un ruolo chiave in tutte le fasi di questo percorso di cura. In ambito ospedaliero dovrà essere, invece, individuato, in base alle diverse situazioni cliniche, un medico referente che sia responsabile del percorso di diagnosi e cura oltre che dell'informazione al paziente ed alla famiglia, interfacciandosi con il medico di famiglia, del quale sarà il principale interlocutore.

Il medico di famiglia mantiene un ruolo chiave in tutte le fasi di questo percorso di cura

un medico referente che sia responsabile del percorso di diagnosi e cura oltre che dell'informazione al paziente ed alla famiglia

2.3.2 L'integrazione Ospedale-Territorio

Una gestione integrata del paziente richiede l'implementazione di modelli organizzativi sia a livello gestionale che professionale, atti cioè a garantire la continuità dell'assistenza con un impiego coordinato ed uniforme delle risorse.

Le esperienze sviluppate nel Veneto in tema di continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione Ospedale-Territorio portano ad individuare alcune strategie complessive.

- Il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (*case manager*).
- La diffusione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa, tenute presenti le risorse ivi disponibili. Si tratta di strumenti atti a descrivere obiettivi ed azioni condivise tra le varie componenti coinvolte nella presa in carico (sia operanti nel Territorio, sia nelle strutture ospedaliere), finalizzati a delineare il migliore percorso praticabile in termini di appropriatezza, privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura. La concreta attuazione dei PDTA richiede la definizione di indicatori clinici ed organizzativi, di volumi di attività e di tetti di spesa previsti.
- Il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei sistemi informativi integrati, a supporto dell'integrazione professionale, evitando la frammentazione degli interventi, garantendo la continuità del processo assistenziale e, dunque, migliorando l'assistenza erogata.
- Il consolidamento della prassi aziendale di definire obiettivi trasversali per il *budget* dell'Ospedale e per il *budget* del Territorio.

Il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta, supportati da protocolli per la presa in carico coordinata del paziente, anche tramite sistemi codificati di corresponsabilità e "figure di riferimento" (*case manager*).

privilegiando un'ottica di processo piuttosto che di singoli episodi di cura

3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

Rientrano nel livello di assistenza territoriale:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica territoriale;
- assistenza protesica;
- assistenza infermieristica;
- assistenza sociale;
- assistenza consultoriale per la tutela dell'infanzia e della famiglia;
- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale;
- cure domiciliari;
- cure palliative;
- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;
- assistenza residenziale e semiresidenziale in area disabilità, dipendenze, salute mentale ed età evolutiva;
- riabilitazione;
- assistenza scolastica e inserimento lavorativo dei disabili;
- assistenza alle dipendenze patologiche;
- assistenza psichiatrica;
- assistenza penitenziaria.

assistenza infermieristica

cure domiciliari

3.1 ASSISTENZA TERRITORIALE

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

- l'adozione di un metodo di lavoro interdisciplinare, attraverso l'integrazione delle competenze dei vari servizi aziendali, garantendo la compresenza dei tre ambiti di intervento ossia sanitario, socio-sanitario integrato e socio-assistenziale;
- la flessibilità nell'organizzazione delle risposte assistenziali, attuando il concetto di "filiera della presa in carico di area" nella prospettiva dello sviluppo e dell'integrazione del Progetto Assistenziale Individualizzato a garanzia dei soggetti fragili;
- la valorizzazione dei medici e pediatri di famiglia quali riferimenti diretti per le persone e le famiglie, con funzioni specifiche di educazione e promozione della salute, di valutazione dei bisogni, di regolamentazione e razionalizzazione dell'accesso al SSN, ed a cui spetta un ruolo centrale nel governo dei bisogni assistenziali;
- la piena integrazione dello specialista ambulatoriale interno nei PDTA con il coinvolgimento attivo nell'erogazione appropriata dei livelli di assistenza;
- la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura autonomamente del processo di *nursing* nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di *case manager* della persona in stato di cronicità, attivando le risorse assistenziali e comunque coordinandosi con il medico/pediatra di famiglia;
- la valorizzazione del ruolo di tutte le professioni sanitarie e sociali che operano nella rete dei servizi territoriali, quali portatrici di competenze specifiche per una corretta lettura e presa in carico del bisogno nella sua globalità

la valorizzazione del ruolo dell'infermiere nel prendersi cura **autonomamente** del **processo di *nursing*** nell'ambito del percorso assistenziale, svolgendo la funzione di ***case manager*** della persona in stato di cronicità, **attivando le risorse assistenziali** e comunque **coordinandosi** con il medico/pediatra di famiglia;

3.1.1 Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriale

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

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

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

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

generalista

olistica

continua

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

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

- l'implementazione e la diffusione dei PDTA condivisi e di riconosciuta efficacia con riferimento particolare al paziente diabetico, al paziente oncologico, al paziente con scompenso cardiaco e BPCO;
- l'assunzione di responsabilità e l'educazione terapeutica del paziente cronico e della sua famiglia al fine di migliorare i processi di autocura e di gestione attiva della malattia;
- l'individuazione precoce delle malattie respiratorie (in particolare BPCO e asma), anche attraverso l'utilizzo di test di funzionalità respiratorie, nonché lo sviluppo dell'autogestione della malattia respiratoria;
- il consolidamento delle cure palliative, anche con strutturazione dell'attività ambulatoriale ad integrazione e supporto delle cure domiciliari e dell'ospedalizzazione;
- l'individuazione del corretto *setting* assistenziale e dell'appropriato approccio terapeutico nella gestione dei pazienti affetti da patologie reumatiche, anche alla luce dell'introduzione dei nuovi farmaci ad alto costo in grado di modificarne il decorso;
- lo sviluppo dei *team* della medicina e pediatria di famiglia, sviluppando il ruolo dell'infermiere e del personale di studio, e con gli specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri ed altri operatori del sistema;

lo sviluppo dei *team* della medicina e pediatria di famiglia, **sviluppando il ruolo dell'infermiere**

3.1.2 Modelli organizzativi dell'assistenza territoriale

L'area della cronicità, in progressiva crescita, è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni sia in considerazione degli impatti sulla qualità e sulla continuità dell'assistenza erogata, sia in quanto assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e di risorse. Si avverte, perciò, l'esigenza di definire nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare, in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, favorendo la continuità delle cure e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia.

Per la gestione di questa priorità il sistema veneto si orienta verso un modello di assistenza integrato, le cui dimensioni strategiche sono:

1. l'organizzazione in *team* multiprofessionali composti da vari professionisti sanitari e sociali, strutturata su una chiara divisione del lavoro, fondata sulla pianificazione delle attività e del *follow up*, garantendo l'integrazione attraverso l'implementazione di appositi PDTA;
2. l'individuazione di un *case manager* all'interno del *team* multiprofessionale che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con il medico di famiglia e gli specialisti;
3. il supporto all'autocura attraverso cui il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali, coinvolgendo e responsabilizzando il cittadino nelle decisioni che attengono alla propria salute;
4. il supporto sistematico ai professionisti nelle decisioni assistenziali anche attraverso il potenziamento dei sistemi informativi in grado di seguire il cittadino nel suo percorso assistenziale e nel contatto con tutti i servizi socio-sanitari del Distretto;
5. l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua che rappresentano per il *team* gli strumenti necessari per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici;
6. il coinvolgimento attivo delle risorse della comunità, stabilendo solidi collegamenti fra organizzazioni sanitarie e comunità locali attraverso programmi di partecipazione (es. la messa a disposizione di strutture, ecc.);
7. la sperimentazione di modelli di intervento e di presa in carico multi professionali che avvalorino l'efficacia dell'approccio integrato biopsicosociale alla persona.

l'individuazione di un *case manager* all'interno del *team* multiprofessionale che prenda in carico l'assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia il supporto all'autocura

l'adozione di linee guida basate sull'evidenza ed il potenziamento della formazione continua

dell'approccio integrato biopsicosociale

Nella gestione integrata della cronicità il medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente e corresponsabile della presa in carico, in grado di svolgere la funzione di accompagnamento dei pazienti, con l'obiettivo di conseguire la migliore adesione ai percorsi assistenziali, nel pieno coinvolgimento dei pazienti stessi. Questo approccio presuppone una medicina di famiglia organizzata e coadiuvata da personale infermieristico, di supporto ed amministrativo, una collaborazione funzionale con gli specialisti

medico/pediatra di famiglia rappresenta il principale referente e **corresponsabile** della presa in carico

medicina di famiglia **organizzata e coadiuvata da personale infermieristico**

Le caratteristiche peculiari delle Medicine di Gruppo Integrate sono:

- di essere organizzazioni fondate su un *team* multiprofessionale e multidisciplinare, strutturate sulla definizione dei problemi a cui il *team* stesso deve garantire una risposta. L'integrazione professionale comprende medici di famiglia, avviando forme assistenziali con personale medico dipendente, o con strutture private accreditate, operanti in una sede di riferimento, specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri, medici di continuità assistenziale, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, psicologi;
- di rappresentare nodi della rete territoriale, centrati sulla persona, orientati sulla famiglia, inseriti nella Comunità;
- di gestire la presa in carico dei bisogni socio-sanitari di una definita Comunità;
- di garantire la continuità dell'assistenza nelle sue diverse accezioni (gestionale, informativa, relazionale), assicurando una risposta certa all'assistito nell'arco delle 24 ore, anche attraverso forme di raccordo tra Ospedale-Territorio e con gli altri nodi della rete territoriale;
- di realizzare programmi di prevenzione, erogare prestazioni per il paziente acuto e gestire il paziente cronico, ampliando il ruolo del personale infermieristico nella gestione della cronicità e nelle iniziative promozionali sugli stili di vita;
- di implementare PDTA, basati sull'evidenza scientifica e definiti su protocolli condivisi con tutti gli attori coinvolti, sviluppando la collaborazione consulenziale dello specialista al medico di famiglia, anche tramite il teleconsulto;
- di garantire i LEA, attraverso obiettivi di salute misurabili con indicatori di *outcome* clinico ed organizzativo da definire attraverso i Patti aziendali, finalizzando al meglio le diverse professionalità e valorizzandone il ruolo;
- di essere impegnati nell'integrazione informativa/informatica sia a livello orizzontale (tra i componenti del *team*) sia a livello verticale (con l'Azienda ULSS), implementando un sistema informativo integrato in cui i medici di famiglia alimentano ed utilizzano in modo professionale la cartella informatizzata, supportati da collegamenti con il sistema informativo aziendale nell'accesso alla documentazione sanitaria;

avviando forme assistenziali con personale medico dipendente

realizzare programmi di prevenzione, erogare prestazioni per il paziente acuto e gestire il paziente cronico, ampliando il ruolo del personale infermieristico nella gestione della cronicità e nelle iniziative promozionali sugli stili di vita;

Cure domiciliari

Posto come obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante il favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita ed al proprio domicilio, diventa strategico lo sviluppo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale.

Nello specifico vengono individuate le seguenti linee di indirizzo:

- lo sviluppo pianificato, in maniera omogenea a livello regionale, di modelli che garantiscano la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo del *case manager* (infermieristico) quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato;

- l'implementazione graduale di modelli organizzativi in grado di garantire assistenza nelle 24 ore, 7 giorni su 7, anche attraverso lo sviluppo di centrali operative come punti di ricezione delle istanze, di coordinamento delle risposte e di gestione dei trasferimenti dall'Ospedale alle strutture territoriali (ammissioni e dimissioni protette), nonché di costante collegamento con i medici di famiglia. In particolare l'assistenza infermieristica distrettuale, rientrando tra i livelli di assistenza che devono essere salvaguardati, dovrà essere assicurata nelle 24 ore, 7 giorni su 7;

valorizzando il ruolo del ***case manager*** **(infermieristico)** quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo

sviluppo di **centrali operative** come punti di ricezione delle istanze

l'assistenza infermieristica distrettuale, rientrando tra i livelli di assistenza che devono essere salvaguardati, dovrà essere assicurata nelle 24 ore, 7 giorni su 7;

Ospedale di Comunità

Per Ospedale di comunità si intende una struttura di ricovero intermedia, inserita nella rete dei servizi dell'assistenza territoriale, con una dotazione minima di 15 posti letto, rivolta:

- a malati affetti da patologie croniche che periodicamente necessitano di controlli o terapie particolari e che non possono essere efficacemente seguiti a domicilio;
- a persone che, a seguito di malattie acute o evolutive, necessitano di terapie difficilmente erogabili a domicilio;
- a malati che abbisognano temporaneamente di cure palliative e che non possono essere adeguatamente seguiti a domicilio.

Si caratterizza per un ricovero di breve durata (indicativamente di 30 giorni), senza alcuna compartecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

La gestione clinica di ogni singolo paziente è affidata alla medicina di famiglia, la responsabilità organizzativa gestionale ad un medico coordinatore individuato dal Direttore della funzione territoriale.

L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'UVMD definisce, entro 7 giorni, il Progetto Assistenziale Individualizzato.

L'assistenza sarà garantita nelle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di continuità assistenziale e dai medici di famiglia. Presso l'Ospedale di comunità potrà trovare collocazione anche una delle sedi della Continuità Assistenziale.

La puntuale definizione dei criteri sopra esposti, relativamente all'attivazione di tali strutture e per i moduli assistenziali, avverrà con linee guida regionali che terranno conto delle realtà assistenziali nei diversi contesti di riferimento. Ciò determinerà anche una valutazione dei costi e delle modalità per la loro copertura.

La gestione clinica di ogni singolo paziente è affidata alla medicina di famiglia, **la responsabilità organizzativa gestionale ad un medico coordinatore** individuato dal Direttore della funzione territoriale

I capisaldi della filiera dell'assistenza territoriale

Rappresentano elementi strategici ed azioni di supporto per rendere più efficace ed efficiente la filiera:

Nello specifico si prevede lo sviluppo delle professioni sanitarie con valorizzazione della figura dell'infermiere, anche attraverso l'attribuzione di ruoli gestionali. Per una efficace e razionale organizzazione, gestione ed integrazione degli infermieri nel *team* multiprofessionale, il Direttore della funzione territoriale si avvarrà del supporto di un responsabile infermieristico che:

- partecipi alla programmazione delle attività distrettuali,
- supporti l'implementazione di modelli assistenziali innovativi coerenti con la metodologia del *nursing case management*,
- supporti le sperimentazioni di nuovi modelli organizzativi assistenziali.

In particolare viene considerata strategica la funzione di *case manager* per realizzare la continuità ed il coordinamento dell'assistenza.

valorizzazione della figura dell'infermiere, anche attraverso l'attribuzione di ruoli gestionali

responsabile infermieristico

strategica la funzione di *case manager*

I posti letto

15.000

posti letto ospedalieri per acuti

3 x mille

2.500

posti letto ospedalieri per riabilitazione

0.5 x mille

6.000

posti letto territoriali

1.2 x mille

3.2.1 La rete ospedaliera su due livelli

L'Ospedale per acuti è definito come la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero relative a pazienti con patologie in fase acuta o nell'immediata fase post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure.

Nell'Ospedale per acuti vengono collocate anche attività di riabilitazione e le attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello, la cui erogazione sia legata o ad attività di monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o ad esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità.

Per garantire sicurezza e qualità delle prestazioni, continuità dell'assistenza e sostenibilità economica si intende definire un modello di rete ospedaliera strutturato su due livelli in base a:

- intensità e complessità delle cure erogate;
- presenza e tipologia di specialità e di funzioni di emergenza;
- ruolo svolto nella ricerca, nello sviluppo dell'innovazione e nella formazione del personale del SSSR.

Di seguito si definiscono i due livelli a seconda delle funzioni da garantire all'interno della rete.

- Ospedali di riferimento provinciale. Devono disporre di specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento, prevedere la presenza di alte specialità per un territorio più ampio, costituendo centri *hub* a livello sovra-aziendale.

Le Aziende Ospedaliere di Verona e di Padova, oltre ad essere hub per le province di riferimento, costituiscono centri di riferimento regionale per alcune funzioni (es. per l'emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica) determinate dalla programmazione regionale, nonché rappresentano centri di eccellenza e devono essere punti di riferimento a livello nazionale.

è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure

modello di rete ospedaliera strutturato su due livelli

Ospedali di riferimento provinciale

(Hub)

3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.2.1 La rete ospedaliera su due livelli

Le alte specialità e le alte tecnologie saranno allocate con riferimento ad un bacino di circa 1.000.000 di abitanti, valutando le aree a bassa densità abitativa. Sarà garantito a livello provinciale un servizio di emodinamica h24.

- Presidi ospedalieri di rete con bacino di circa 200.000 abitanti, tenuto conto delle aree a bassa densità abitativa. Hanno dotazione minima composta da pronto soccorso e specialità di base e di media complessità (chirurgia generale, medicina interna, oncologia, cardiologia con utic, ostetricia-ginecologia, pediatria, ortopedia terapia intensiva, neurologia, urologia, psichiatria, geriatria), servizi di diagnosi e cura (laboratorio, anatomia patologica, radiologia, dialisi) assicurati in "rete" con ilprecedente livello, costituendo centri *spoke*. Saranno, inoltre, previsti posti letto di gastroenterologia dedicati alle urgenze. Le specialità di otorinolaringoiatria e di oculistica avranno di norma dimensione sovraziendale.

Il presidio ospedaliero può articolarsi su più sedi; all'interno del presidio ospedaliero di una Azienda ULSS ci dovrà essere almeno una struttura preposta a gestire l'emergenza con adeguate modalità e dotazioni organiche.

L'ospedale di Venezia è un ospedale di rete.

Avranno un riconoscimento gli Ospedali di rete, punti di riferimento extraregionale, a seguito di specifici accordi tra Regioni. Si incentivano questi modelli per gli ospedali pubblici delle aree di confine, così come avvenuto a Feltre.

Lo IOV-IRCCS costituisce centro regionale di supporto e di coordinamento alla rete oncologica regionale.

Oltre ai due livelli sopradescritti sono previste strutture per acuti integrative della rete anche ad indirizzo monospecialistico, denominate "Ospedali nodi della rete", che potranno avere il servizio di emergenza-urgenza. Per gli Ospedali monospecialistici si potranno prevedere forme gestionali anche di diritto privato.

Gli ambiti di integrazione verticale tra i due livelli riguardano principalmente la gestione della rete di emergenza-urgenza, l'erogazione di prestazioni specialistiche a vario grado di complessità in un contesto di reti cliniche, con particolare attenzione ad una efficiente organizzazione del *back transport* (rientro nella struttura di riferimento).

Gli ambiti di integrazione orizzontale devono essere sviluppati anche favorendo l'integrazione con il livello di assistenza territoriale ed i collegamenti funzionali con le strutture residenziali.

Presidi ospedalieri di rete con bacino di circa 200.000 abitanti (spoke)

Il presidio ospedaliero può articolarsi su più sedi

indirizzo monospecialistico, denominate "Ospedali nodi della rete"

integrazione verticale tra i due livelli

back transport (rientro nella struttura di riferimento)

integrazione orizzontale.

l'integrazione con il livello di assistenza territoriale ed i collegamenti funzionali con le strutture residenziali

3.2.2 Modelli organizzativi gestionali

All'interno delle singole Aziende la funzione di Presidio ospedaliero per acuti può essere garantita su più sedi, che però devono rispondere a requisiti minimi di sicurezza ed a standard assistenziali ed organizzativi in conformità alla L.R. n. 22/2002, garantendo volumi di attività adeguati.

Si individuano i seguenti indirizzi strategici.

- L'attività di degenza va gradualmente organizzata in forma dipartimentale tenendo conto dell'intensità dell'assistenza e dell'intensità di cura.
- Lo sviluppo e l'estensione di nuovi modelli di organizzazione delle degenze basati su moduli dedicati all'assistenza diurna e settimanale (*week surgery*) per alcune discipline chirurgiche. Questa riconversione produttiva induce al contempo un aumento della complessità assistenziale e della gravità clinica dei pazienti ricoverati in regime ordinario, richiedendo modificazioni nelle competenze di tutti i professionisti, cambiamenti significativi nell'organizzazione del lavoro, modificazioni del ruolo delle diverse professionalità e specializzazioni professionali.
- Il consolidamento del percorso già avviato di trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, nonché lo sviluppo di modelli organizzativi specifici per l'erogazione di attività ambulatoriali complesse, basati su moduli di *day service*, che prevedono la permanenza del singolo paziente da 3 a 8-12 ore, finalizzati all'erogazione di:
- sequenze complesse di prestazioni diagnostiche concentrate in un unico accesso;
- prestazioni terapeutiche che richiedono un ambiente protetto (es. trasfusioni, ecc.);
- prestazioni ambulatoriali a pazienti non collaboranti (es. pazienti psichiatrici, dementi, disabili, allettati, istituzionalizzati).

tenendo conto

dell'intensità dell'assistenza

e **dell'intensità di cura**

modificazioni nelle competenze di tutti i professionisti

modificazioni del ruolo delle diverse professionalità

3.2 ASSISTENZA OSPEDALIERA

3.2.2 Modelli organizzativi gestionali

la valorizzazione delle competenze in termini organizzativi e della relativa responsabilità del personale infermieristico, tecnico-sanitario, della riabilitazione e della prevenzione, eventualmente coinvolgendo i servizi sociali qualora necessario,nonché della professione ostetrica, anche con assunzione di ruoli gestionali all'interno del percorso ospedaliero;

- lo sviluppo di una rete informatica e telematica di collegamento all'interno della stessa struttura ospedaliera, tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio, l'implementazione della cartella clinica integrata, lo sviluppo di una rete di telemedicina volta a favorire il trasferimento di informazioni sanitarie, la centralizzazione di alcune attività diagnostiche e la conseguente facilitazione nell'attivazione del fascicolo socio-sanitario individuale. La rete telematica favorisce così la concentrazione delle attrezzature diagnostiche in alcuni punti, garantendo anche in periferia le prestazioni senza la presenza di tecnologia in loco.

Il processo di assistenza infermieristica, sia ospedaliera sia dei servizi territoriali e la gestione delle relative risorse afferisce al responsabile del Servizio delle professioni sanitarie non mediche, ai sensi della L. n. 251 del 2000.

la valorizzazione delle competenze in termini organizzativi e della relativa responsabilità del personale infermieristico …anche con assunzione di ruoli gestionali all'interno del percorso ospedaliero;

Il processo di assistenza infermieristica, sia ospedaliera sia dei servizi territoriali e la gestione delle relative risorse afferisce al responsabile del Servizio delle professioni sanitarie non mediche, ai sensi della L. n. 251 del 2000

3.2.5 Rapporti con l'Università

Appare pertanto necessaria la costituzione di strutture adeguate e idonee in entrambe le città, quale passaggio preliminare a qualsiasi ipotesi di ulteriore decentramento delle attività formative proprie delle Università presso altre Aziende ospedaliere sul territorio.

Resta sicuramente condivisa la validità della rete formativa definita per la formazione specialistica dei giovani medici, ed altresì del quadro che è venuto strutturandosi per l'offerta formativa di Corsi di Laurea per le professioni sanitarie nell'ambito della Regione. In tal senso appare urgente il completamento dei lavori avviati in occasione della elaborazione dei protocolli d'intesa, per una programmazione della rete formativa sul territorio regionale fondata sulla identificazione di due sistemi territoriali, ciascuno di dimensione appropriata al potenziale didattico dei due Atenei ed alla capacità di offerta di tirocinio pratico degli ospedali regionali certificati quali sedi della rete.

Due aspetti, infine, avranno rilievo nel prossimo futuro. Occorrerà:

- valutare l'impatto del sistema a numero chiuso previsto nell'attuale ordinamento di Medicina, che a breve produrrà una significativa carenza di medici, inducendo a ricercare modifiche sostanziali nei modelli organizzativi (es. concentrazione di alcune funzioni legate alla gestione dell'urgenza soltanto in alcuni Ospedali, attribuzione di maggiori funzioni al personale infermieristico e al personale rappresentativo di altre professioni sanitarie, ecc.);

alla capacità di offerta di tirocinio pratico degli ospedali regionali certificati quali sedi della rete.

attribuzione di maggiori funzioni al personale infermieristico

4.2 RICERCA E INNOVAZIONE

Rappresentano indirizzi della programmazione regionale:

- il consolidamento del sistema delle Aziende Ospedaliere Universitarie e, attraverso di esse, l'integrazione tra pratica clinica e ricerca universitaria, con valorizzazione delle eccellenze;
- il potenziamento della capacità di didattica e di ricerca diffusa, coinvolgendo anche le Aziende ULSS e gli IRCSS nell'ambito di reti e progetti congiunti, al fine di coniugare le funzioni di programmazione socio-sanitaria con quelle di ricerca ed innovazione. I professionisti, anche delle professioni sanitarie, dovranno essere sostenuti nella produzione di evidenze scientifiche e nell'integrazione delle conoscenze disponibili sulle pratiche assistenziali. Tale coinvolgimento è necessario:
- per qualificare le competenze professionali degli operatori;
- per valorizzare l'utilizzo condiviso di *database* aziendali su scala provinciale o regionale, quali strumenti a supporto per iniziative più ampie di ricerca;
- per favorire l'effettivo trasferimento e l'accettabilità delle innovazioni nella pratica assistenziale in tutti i punti della rete dei servizi;
- per sviluppare una capacità di valutazione critica delle tecnologie emergenti;
- per preparare il terreno allo sviluppo ed alla valorizzazione di innovazioni anche

non tecnologiche, ma ad elevato impatto sulla qualità dell'assistenza (si pensi ad esempio alla sperimentazione di nuovi modelli e tipologie assistenziali come l'ospedale organizzato per intensità

I professionisti, anche delle professioni sanitarie, dovranno essere sostenuti nella produzione di evidenze scientifiche

4.3 AZIONI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

un approccio multidisciplinare, combinando molteplici competenze professionali con le risorse finanziarie e tecnologiche a disposizione.

È necessario, pertanto, avviare una revisione di ruoli e competenze: da un lato, dei profili socio-sanitari, dall'altro, delle sfere di responsabilità e di apporto al lavoro complessivamente inteso, superando l'attuale frazionamento nell'organizzazione dell'intervento assistenziale.

Con riferimento all'organizzazione del lavoro e, nello specifico, al percorso socioassistenziale rivolto al singolo paziente, l'assistenza si articola in:

- "assistenza di base" così definita non per la semplicità dell'agire tecnico, ma perché persegue obiettivi psico-fisici basilari del cittadino-utente;
- "assistenza avanzata" così definita perché persegue obiettivi di sviluppo delle capacità di autocura del paziente con interventi anche invasivi e su soggetti a rischio.

La loro integrazione rappresenta la strategia principale di cambiamento che impone, dunque, l'analisi dei percorsi socio-assistenziali e dell'organizzazione del lavoro, nonché la ridefinizione delle dotazioni organiche per qualificare l'assistenza, superando standard non più rispondenti ai nuovi modelli assistenziali

È necessario perciò assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

assistenza di base

assistenza avanzata

4.3 AZIONI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

Nello specifico, la ricerca e l'attuazione di una politica che mira al miglioramento continuo del sistema presuppone lo sviluppo di adeguate e parallele azioni che consentano contestualmente lo sviluppo professionale, quali:

- la rivisitazione dell'attuale organizzazione del lavoro in rapporto agli obiettivi assistenziali ed ai nuovi modelli organizzativi previsti dal presente PSSR;
- il miglioramento del meccanismo di definizione del fabbisogno di competenze, attribuibili ai diversi profili professionali in relazione ai bisogni emergenti della popolazione ed allo sviluppo della tecnologia;
- la riassunzione della nozione di dotazione organica intesa come fabbisogno per soddisfare il servizio richiesto a risorse economiche contingentate;
- l'assunzione dei parametri per la determinazione di "un livello *standard* di riferimento" (tra cui si evidenziano a titolo esemplificativo: numero di residenti, posti letto, struttura ospedaliera, numero o dimensione dei Comuni, ecc.);
- la definizione di una dotazione organica che favorisca la valorizzazione delle professionalità e la loro integrazione;
- l'assunzione di un sistema autorizzatorio per adeguare gli organici alle esigenze accertate di una richiesta che si modifica nel tempo, in considerazione delle limitazioni imposte dalla sostenibilità economica;
- la rivisitazione dei percorsi tra individuazione del fabbisogno e sistema formativo.

Negli atti aziendali dovranno essere previste delle figure dirigenziali delle Professioni sanitarie non mediche, **atte a coadiuvare il Direttore della funzione territoriale ed il Direttore della funzione ospedaliera nell'organizzazione dei servizi e delle attività assistenziali..**

Negli atti aziendali dovranno essere previste delle figure dirigenziali delle Professioni sanitarie non mediche

E figure dirigenziali delle professioni Sanitarie non mediche coordinatrici della Formazione di base e post-base

4.3 AZIONI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

La ridefinizione delle dotazioni organiche e delle professionalità richieste dal SSSR rende necessario reperire nel contesto regionale le risorse adeguatamente formate, per cui si prevede l'istituzione di un Osservatorio sulle professionalità sanitarie e sociosanitarie, atto a quantificare correttamente il fabbisogno locale di profili professionali in un'ottica di programmazione pluriennale.

La formazione e l'aggiornamento del personale si configura quale leva strategica per concretizzare le linee di cambiamento, oltre che organizzative anche culturali, valorizzando le competenze professionali, da un lato, e la centralità della persona nei percorsi socio-assistenziali, dall'altro.

In particolare si rende necessario:

- potenziare la formazione sia per le professioni sanitarie e sociali che amministrative, nell'intento di creare quadri con profili di competenza coerenti con gli indirizzi strategici evidenziati dal presente PSSR;
- prevedere moduli formativi specifici e coerenti con le funzioni da garantire per le professionalità sanitarie e sociali, finalizzate alla valorizzazione del loro ruolo a fini organizzativo-gestionali e/o per profili di competenza innovativi (es. coordinatore di Ospedale di comunità e di percorsi Ospedale-Territorio, infermiere di famiglia, infermiere *case-manager*, ecc.), sviluppando competenze avanzate clinicoassistenziali e organizzative-gestionali e prevedendo un ruolo specifico nell'ambito della gestione della cronicità;

istituzione di un Osservatorio sulle professionalità

moduli formativi specifici e coerenti con le funzioni da garantire per le professionalità sanitarie e sociali, finalizzate alla valorizzazione del loro ruolo a fini organizzativo-gestionali e/o per profili di competenza innovativi (es. coordinatore di Ospedale di comunità e di percorsi Ospedale-Territorio, infermiere di famiglia, infermiere *case-manager*, ecc.)

4.3 bis SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

La Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS) è una struttura complessa (UOC) a valenza aziendale che opera *in staff* alla Direzione Sanitaria Aziendale.

La DPS si propone di concorrere ad assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti, promuovendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

La DPS si pone in una prospettiva di sviluppo delle professioni e delle competenze, di monitoraggio e valutazione dei processi assistenziali - anche attraverso l'adozione di idonei indicatori di esito -, di innovazione e di sviluppo organizzativo anche nella prospettiva della ricerca.

In particolare alla stessa competono le funzioni di:

- programmazione dei fabbisogni di personale;
- analisi dei fabbisogni formativi e pianificazione dei relativi interventi;
- valutazione dei modelli organizzativi.

Il Dirigente Sanitario responsabile della DPS è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge n. 251/2000, in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente.

È nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura selettiva ai sensi delle disposizioni normative e contrattuali vigenti.

Nell'ambito delle macrostrutture "Ospedale" e "Territorio" delle Aziende ULSS sono previste dall'atto aziendale due strutture semplici.

Direzione delle Professioni Sanitarie (DPS) è una struttura complessa (UOC)

nel rispetto delle norme etiche e deontologiche

anche attraverso l'adozione di idonei indicatori di esito

- programmazione

- analisi

- valutazione

4.3 bis SVILUPPO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

I rispettivi responsabili concorrono alla corretta gestione del personale assegnato, sotto la direzione rispettivamente del Direttore della funzione ospedaliera e del Direttore della funzione territoriale.

Gli atti aziendali dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) prevedono un'unica struttura semplice che svolge le suddette funzioni sotto la direzione del Direttore della funzione ospedaliera.

A livello di singolo dipartimento, in relazione alle dimensioni aziendali, possono essere previsti dagli atti aziendali dei livelli di responsabilità organizzativo-professionali affidati a dirigenti delle professioni sanitarie.

I responsabili dei vari livelli devono ricercare sinergie e costruire processi collaborativi con i corrispondenti dirigenti dell'area medica e sanitaria allo scopo di rendere ottimale il grado di condivisione degli obiettivi aziendali e dipartimentali definiti annualmente dalla Direzione Aziendale.

Gli aspetti organizzativi di dettaglio, i meccanismi di integrazione e coordinamento interni, le relazioni e le aree di corresponsabilità con altri ruoli o organi saranno definiti dal regolamento previsto dall'articolo 8, comma 7 del CCNL 17/10/2008 Area dirigenza SPTA, la cui adozione dovrà precedere l'assunzione dei dirigenti delle professioni sanitarie. Il suddetto regolamento dovrà essere allegato all'atto aziendale.

I rispettivi responsabili concorrono alla corretta gestione del personale assegnato,

A livello di singolo dipartimento… possono… dirigenti delle professioni sanitarie

responsabili dei vari livelli devono ricercare sinergie e costruire processi collaborativi

4.3.1 La formazione

Lo sviluppo del SSSR non può prescindere da un governo strategico della formazione, intesa nell'accezione ampia di formazione di base, specialistica/complementare e formazione continua, rivolta a tutte le professioni sanitarie e socio-sanitarie coinvolte a vario titolo nel percorso assistenziale, teso al soddisfacimento dei bisogni del cittadino nell'ambito del sistema salute.

Il processo si esprime attraverso l'individuazione dei fabbisogni di professioni sanitarie e socio-sanitarie, ai fini della programmazione degli accessi universitari, e si sviluppa con interventi costanti di formazione continua che seguono tutto l'arco temporale di impegno lavorativo dei professionisti del SSSR.

Le azioni regionali, in questo ambito, devono quindi corrispondere agli obiettivi declinati a livello nazionale, a garanzia dell'erogazione dei LEA, e costituire il volano per l'attuazione dei contenuti del presente PSSR.

In particolare il PSSR colloca la formazione tra le risorse del SSSR per il raggiungimento degli obiettivi di salute e per la realizzazione dei nuovi modelli organizzativi proposti, per il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza, per una adeguata capacità manageriale che favorisca la sostenibilità del sistema.

I modelli organizzativi sono incentrati sull'idea di rete assistenziale integrata in grado di garantire quella continuità dell'assistenza sotto il profilo gestionale, informativo e relazionale. Questo richiede, in primis, di favorire la diffusione di una *vision* condivisa di sistema che sia a supporto del cambiamento, definendo azioni innovative che coinvolgano i diversi professionisti nel rispetto dei loro ruoli e delle loro competenze, sviluppando strategie per superare una gestione segmentaria dei percorsi assistenziali, sostenendo l'integrazione tra Ospedale-Territorio, valorizzando la definizione e l'implementazione dei PDTA, favorendo i processi di valutazione ed autovalutazione della qualità dell'assistenza (metodiche di audit).

Nell'acquisizione delle competenze complesse, la figura del "*tutor*", in tutte le sue accezioni operative, diventa elemento irrinunciabile nel tragitto di maturazione di ogni professionista del SSSR. Conseguentemente i "*tutor*" delle varie professioni possono essere considerati i primi anelli della Rete di Sistema.

…

Si prevede, inoltre, che la formazione delle figure professionali operanti nell'ambito socio-sanitario sia di competenza degli Assessori regionali alla Sanità e al Sociale, che la attuano in forma coordinata.

formazione delle figure professionali

operanti nell'ambito socio-sanitario sia di competenza degli Assessori regionali alla Sanità e al Sociale

Bur n. 59 del 27/07/2012

Formazione professionale e lavoro
Decreto DEL DIRIGENTE DELLA DIREZIONE ISTRUZIONE
n. 176 del 13 luglio 2012
Corsi per Operatore Socio-Sanitario
svolti dagli Istituti Professionali. Regole di svolgimento dei corsi – Modulistica. Biennio 2012-2014. (L.R. 30/01/1990, n. 10 - L.R. 16/08/2001, n. 20).

Gli Impegni

Incontri di formazione (ECM) in ogni Provincia

Con il gruppo professionale

per

Approfondire i contenuti del PSSR

Costruire il futuro della professione

Le Attenzioni

- Schede di dotazione ospedaliera

- Schede di dotazione territoriale

- Linee guida per la predisposizione degli Atti Aziendali

- Rinnovo Direzioni Generali

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE
REGIONE DEL VENETO

Venezia, venerdì 6 luglio 2012 — Anno XLIII - N. 53

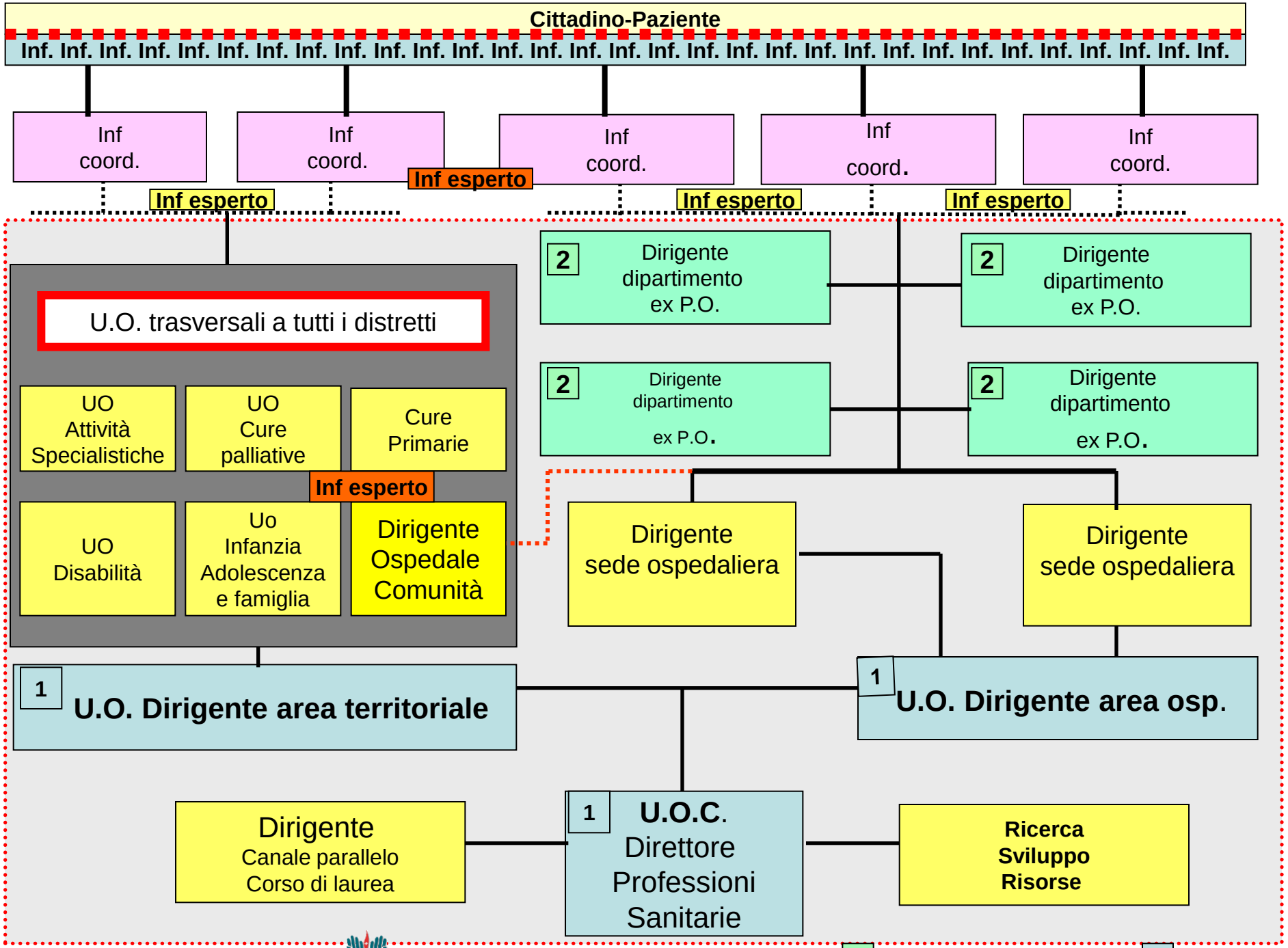
PARTE PRIMA
LEGGI E REGOLAMENTI REGIONALI

LEGGE REGIONALE 29 giugno 2012, n. 23

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

IPASVI
VENETO

Una Scommessa che
Tutti Assieme possiamo Solo Vincere


Cittadino-Paziente
Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf. Inf.
Inf coord.
Inf coord.
Inf coord.
Inf coord.
Inf coord.
Inf esperto
Inf esperto
Inf esperto
Inf esperto
Inf esperto
U.O. trasversali a tutti i distretti
UO Attività Specialistiche
UO Cure palliative
Cure Primarie
Inf esperto
UO Disabilità
Uo Infanzia Adolescenza e famiglia
Dirigente Ospedale Comunità
2 Dirigente dipartimento ex P.O.
2 Dirigente dipartimento ex P.O.
2 Dirigente dipartimento ex P.O.
2 Dirigente dipartimento ex P.O.
Dirigente sede ospedaliera
Dirigente sede ospedaliera
1 U.O. Dirigente area territoriale
1 U.O. Dirigente area osp.
Dirigente Canale parallelo Corso di laurea
1 U.O.C. Direttore Professioni Sanitarie
Ricerca Sviluppo Risorse
Proposte di indirizzo per l'atto aziendale
Prevedibile nell'atto aziendale 2
Previste nel piano 1

grazie
IPASVI
VENETO