

**Dgr n.****del**

pag. 1/15

ALLEGATO A

PIANO ATTUATIVO RELATIVO AGLI OBIETTIVI PREVISTI PER IL COMMISSARIO STRAORDINARIO PER LA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DR. GIANCARLO RUSCITTI

Scenario di riferimento

La popolazione del Veneto non ha mai goduto di condizioni di salute migliori di quelle attuali e i progressi nella riduzione della mortalità generale (tabella 1). La riduzione della mortalità, specialmente in età infantile, ha determinato un sostanziale allungamento della speranza di vita alla nascita (tabella 2). La mortalità infantile (inferiore a 4/1.000 nati vivi), prescolare e materna (intorno a 2/100.000 nati vivi) sono attualmente tra le più basse nel mondo e rappresentano quindi problemi superati (tabelle 3A, 3B, 4). I miglioramenti della sopravvivenza hanno comunque portato benefici in tutte le classi d'età inclusi gli anziani. La conseguenza demografica più rilevante è il rapido e marcato invecchiamento della popolazione (tabelle 5A, 5B). Le implicazioni sanitarie e sociali, oltre che economiche, di questi fenomeni sono molto profonde e lo saranno ancora di più quando, dal 2011, la generazione del baby-boom nata tra il 1946 ed il 1964 entrerà nel gruppo degli ultra sessantacinquenni. I miglioramenti dello stato di salute della popolazione hanno riguardato non solo la riduzione della mortalità ma anche della disabilità. I traumi stradali e la malattia cerebro-vascolare rappresentano le maggiori cause di disabilità per i gruppi di età al di sotto e oltre i 45 anni, rispettivamente. Con l'evolversi del livello di salute anche nella popolazione anziana, tuttavia, l'attenzione va focalizzata in particolare sulle fasce di età più avanzate, ed in particolare sulla frazione disabile, o meglio, confinata. Nell'età avanzata, le cause che più pregiudicano la funzionalità sono:

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

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

Problemi di maggiore rilevanza

Accanto a risultati molto positivi, rimangono sfide importanti da affrontare, alcune nuove, altre conosciute da tempo. In particolare, nel 2003, i maschi hanno una speranza di vita alla nascita di 6,5 anni inferiore a quella delle femmine, la flessione della mortalità per tumori è stata di lieve entità in entrambi i sessi (tabella 6A), la mortalità per le neoplasie più frequenti e prevenibili, quali i tumori del polmone e del colon tra gli uomini, mostrano solo una leggera flessione (tabelle 6B, 6C) e ancora oggi sono triple o più che doppie, rispettivamente, a confronto con quelle sperimentate da altre popolazioni di paesi industrializzati e la mortalità per neoplasie delle alte vie respiratorie e digerenti è circa quattro volte superiore a quella del sud Italia. I traumi stradali continuano a rappresentare ancora un problema estremamente serio (tabella 7A) mentre i traumi in occasione di attività lavorativa sono diminuiti in modo del tutto insufficiente.

Il consumo di tabacco costituisce di gran lunga il più importante fattore di rischio per la salute, in particolare per le malattie cardio-vascolari, neoplastiche e respiratorie. Purtroppo il fenomeno della riduzione tra gli adulti è stato

Allegato A alla

Dgr n.

del

pag. 2/15

compensato dal recente aumento del consumo di tabacco tra i giovani, sia maschi che femmine; ciò costituisce la più forte minaccia ai progressi ottenuti relativamente allo stato di salute della popolazione Veneta (tabelle 8A, 8B, 8C).

Il consumo di alcol si è ridotto bruscamente e sostanzialmente dagli anni '60 e non rappresenta più una delle cause principali di morte precoce e disabilità anche se possono e devono ancora essere fatti progressi. Similmente al tabacco, il consumo e quindi inevitabilmente l'abuso dell'alcol tra le giovani generazioni è cresciuto nel corso degli ultimi anni (tabella 9A).

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

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

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

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

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

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

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

Definizione delle criticità

Utilizzando ragionevolmente, e con positiva creatività, i diversi strumenti messi a disposizione dal legislatore nel corso degli anni, la Regione del Veneto ha dimostrato di poter costantemente giocare un ruolo specifico nel proprio territorio e per i propri cittadini ponendo le basi di un Sistema Socio Sanitario Regionale (SSSR) a lungo esempio di funzionalità sia a livello nazionale che europeo. Pertanto, nella Regione del Veneto, la riforma del Titolo V della Costituzione dell'11 ottobre 2001 ha trovato una naturale collocazione nella definizione del diritto alla salute e del diritto all'assistenza, che avevano rappresentato i momenti centrali di un processo graduale di profondo cambiamento regionale negli anni di riforma del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ⁽¹⁾.

E' necessario ricordare in questa sede che l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 ha realizzato il trasferimento delle competenze in materia sanitaria alle Regioni fissando i contorni di un Patto di Stabilità tra lo Stato e le Regioni in materia sanitaria che ha già determinato una procedura di infrazione per sei Regioni che non sono state in grado di rispettare i vincoli concordati nell'anno 2005. Tale procedura ha comportato un affiancamento del Ministero dell'Economia e Finanze nella gestione socio-sanitaria di queste Regioni ed un aumento delle aliquote della tassazione regionale per rientrare nei limiti concordati in un arco temporale definito. La bozza del nuovo Patto di Stabilità concordata nel giugno u.s., pur rimandando ad una nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, ed in generale all'identificazione dei bisogni di "salute" della popolazione cui il Sistema Sanitario Nazionale deve trovare soluzione, mantiene i criteri economici di controllo del governo della spesa delle Regioni e del complesso dei rapporti tra queste ed i diversi soggetti istituzionali di controllo. In questo quadro va inserita una valutazione sulla attuale situazione che rischia di vedere, in base agli andamenti registrati nel corso dei primi sei mesi del 2006, un commissariamento probabile per un numero ulteriore di Regioni. Ne risulta che, stanti le difficoltà economiche manifestate dal Governo a livello nazionale, il finanziamento locale da integrativo sta diventando in realtà un finanziamento strutturale del Sistema Sanitario Nazionale, modificando in tal modo il sistema di finanziamento dei livelli di assistenza, che da anni è teoricamente affidato solo alla fiscalità generale. La Regione del Veneto è in prima fila tra quelle che denunciano la necessità di attivare specifici processi perché il sistema regga in termini strutturali e procedurali e di intervenire nel triennio 2007-2009 con una adeguata e certa disponibilità di risorse. Al momento le risposte del Governo in merito sono vaghe e solo determinate nel richiamare a forme di coordinamento e controllo centrale quale soluzione determinante dei problemi che affliggono il Servizio Sanitario Nazionale. La Regione del Veneto ritiene che il nuovo Patto di Stabilità dovrà fare tesoro dell'esperienza degli accordi precedenti (2000-2001-2005) che erano e sono basati su un percorso e criteri di finanziamento il più possibile

Allegato A alla

Dgr n. del

pag. 3/15

condivisi, accentuando l'assunzione di responsabilità diretta delle Regioni nel rispetto degli equilibri di qualità e di risorse dei propri sistemi.

E' necessario affrontare la problematica non limitando l'attenzione alle risorse disponibili, ma proponendo un nuovo terreno di confronto che ridia centralità ai problemi della sanità, coniugando rigore e qualità dei servizi. L'esperienza degli anni precedenti ha dimostrato, infatti, la limitatezza di accordi basati su motivazioni di tipo esclusivamente economico, al di fuori di un quadro di obiettivi di riorganizzazione, appropriatezza ed efficienza dei servizi sanitari. L'obiettivo del Patto deve concentrarsi sulla messa a punto di percorsi strutturali che impediscano il formarsi di deficit, con specifiche procedure di monitoraggio e controllo, garantendo, altresì, l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, che resta il principale obiettivo del Servizio Sanitario Nazionale.

Per quanto riguarda la Regione del Veneto il risultato d'esercizio dell'anno 2005, aggiornato al quarto trimestre 2005, ha evidenziato un disavanzo di circa 56,7 milioni di euro, calcolato con le regole poste dal Tavolo di monitoraggio istituito presso il Ministero dell'Economia ai sensi della legge 405/2001, e aggiornato con gli accantonamenti previsti dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248. Questo importo è stato coperto dalla Regione per superare il Tavolo di monitoraggio e non incorrere nelle sanzioni monetarie (circa 500 milioni di euro) e normative - previste dall'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005. La manovra fiscale regionale (97 milioni di euro), precedentemente attuata, non si è rivelata sufficiente a coprire il disavanzo del sistema sanitario, in particolare per l'applicazione della nuova legge sugli accantonamenti degli oneri contrattuali per i contratti e le convenzioni non ancora stipulati in quella data.

Va evidenziato, comunque, che l'aumento del Fondo Sanitario assegnato alla Regione del Veneto nel 2005, corrispondente all'incremento avvenuto al livello nazionale, ha consentito alla Regione di affrontare nel 2005 i costi arretrati e gli effetti sul 2005 del biennio 2002 - 2003 del contratto della Dirigenza (170 milioni di euro di cui 118 precedenti al 2005), della Convenzione siglata MMG e SAI - Periodo 2001-2005 (82,5 milioni di euro di cui 49 precedenti al 2005), della convenzione per i Pediatri - Periodo 2001-2005 (12,5 milioni di euro di cui 7 precedenti al 2005). Si rammenta, inoltre, che è tradizione per la Regione del Veneto la copertura completa dei disavanzi, con ampio utilizzo delle risorse regionali.

In attesa di modifiche organizzative e strutturali le prime direttive e i riferimenti contabili forniti alle aziende per la predisposizione del bilancio economico preventivo 2006 prevedono:

- L'obbligo, al fine di garantire l'equilibrio economico con le risorse attualmente a disposizione, di non superare i costi della produzione complessivamente esposti nella rendicontazione del quarto trimestre 2005 (Modello CECT) al netto degli arretrati contrattuali.
- L'area del costo del personale andrà stimata tenendo conto di:
 - effetti economici derivanti dall'ultima tranche contrattuale del biennio economico 2004-2005; ⁽²⁾
 - accantonamenti determinati sulla base del tasso di inflazione programmata, in attuazione delle disposizioni dell'articolo 9 della legge 248/2005, delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali;
 - rispetto dei vincoli posti dalla legge finanziaria 2006 in materia di spese per il personale, allegando apposita relazione illustrativa dalla quale si evinca l'ottemperanza alla norma (riduzione del costo del personale dell'1% rispetto al costo del 2004, esclusi i rinnovi contrattuali) ⁽³⁾.
- I costi della medicina convenzionata devono includere gli accantonamenti determinati sulla base del tasso di inflazione programmata ⁽⁴⁾.

La rendicontazione del secondo trimestre 2006 evidenzierà un sistema i cui costi sono destinati ad aumentare inesorabilmente quindi si tratta di invertire al più presto la tendenza, consci però che la situazione già ora si presenta critica rispetto agli adempimenti nazionali di finanza pubblica e all'imminenza delle azioni conseguenti all'Intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005, rafforzate dalla legge finanziaria 2006 ⁽⁵⁾.

La domanda di "salute" assume, sempre con maggiore evidenza ed entità, i connotati di complessità, multidisciplinarietà e multidimensionalità che esigono con sempre maggiore evidenza un approccio integrato tra interventi a valenza sociale e sanitaria. Conseguentemente l'offerta di servizi del sistema socio-sanitario deve indispensabilmente strutturarsi con una visione unitaria e globale nella progettazione dell'intervento che, oltre che connaturare come ordinaria la modalità della "presa in carico" del bisogno del singolo e della famiglia, deve poi esplicitarsi con adeguati contenuti tecnico professionali e ben delineate responsabilità. Il modello veneto di welfare regionale e locale va considerato a tutti gli effetti un capitale istituzionale e sociale, che nel tempo si è consolidato in termini di sistema territoriale di risposte ai bisogni. E' pertanto doveroso continuare un'azione programmatica specifica che fornisca nuove risposte funzionali al sistema.

Allegato A alla

Dgr n. del

pag. 4/15

La sfida dei prossimi anni si baserà fondamentalmente sulla capacità della Regione del Veneto di mantenere elevati i livelli dei servizi socio-sanitari erogati ai propri cittadini nella consapevolezza che questi debbano risultare da un processo di rivisitazione strutturale e funzionale della rete ospedaliera e di quella territoriale nelle sue diverse articolazioni. L'attuale modello risulta negli ultimi anni oggettivamente troppo oneroso sia dal punto di vista economico che organizzativo e rischia di non poter più soddisfare compiutamente ai bisogni manifestati dai cittadini. Una sapiente gestione del rapporto tra i servizi erogati ed i costi complessivi del SSSR non è solo parte dell'atteso "buon governo" regionale, ma obbligo derivante da un fondamentale aspetto del SSN attualmente vigente, che è quello della diretta correlazione tra responsabilità e risorse disponibili per ogni Regione.

Nella ricerca di nuove e diverse modalità erogative dei servizi socio-sanitari la Regione del Veneto dovrà affrontare decisamente il problema della crescente divaricazione dei bisogni di "welfare" manifestati dai giovani e dagli anziani, che inizia ad articolarsi palesemente anche in forma territoriale. A questi bisogni si dovrà rispondere con modelli organizzativi flessibili basati sulla gestione delle emergenze, della prevenzione, delle specialità clinico-chirurgiche complesse, delle patologie croniche e della tematica crescente della non autosufficienza. La forte "tradizione" e cultura della solidarietà della Regione del Veneto hanno condotto al costante mantenimento e rafforzamento, negli atti normativi e nelle disposizioni applicative, del modello "dell'integrazione"; oggi la possibilità di assicurare un'efficace messa a punto di un modello di organizzazione integrata di risposta ai bisogni emergenti si presenta come una risorsa fondamentale connaturata al "modello veneto" senza la necessità di ricorrere ad ulteriori cambiamenti legislativi.

Ambito operativo

Il Servizio Socio Sanitario Regionale fa propri i principi fondamentali su cui si fonda il SSN: universalità, sostanziale gratuità per l'accesso a prestazioni appropriate uniformemente assicurate sul territorio, rispetto della libertà di scelta, pluralismo erogativo basato sul ruolo delle strutture pubbliche e private accreditate, profit e no profit.

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

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

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

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

Salute della popolazione

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

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

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

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

Elementi chiave della riforma si possono identificare in:

- *Promuovere attivamente stili ed ambienti di vita sani.*
- *Integrare i servizi nell'ottica della continuità dell'assistenza.*

Allegato A alla

Dgr n. del

pag. 5/15

- *Porre al centro dell'attenzione il singolo e la comunità.*
- *Garantire l'equità del sistema.*

Innovazione

L'innovazione deve essere perseguita a più livelli, in particolare:

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

La crescente innovazione tecnologica e la continua introduzione di tecnologie, soprattutto in campo sanitario, richiede di dotarsi di strumenti per misurare la validità e la sicurezza delle tecnologie, che comprendono non solo presidi, dispositivi e attrezzature mediche ma anche farmaci e sistemi di supporto.

Al fine di governare l'introduzione delle tecnologie viene introdotto l'Health Technology Assessment (HTA) ovvero un processo di valutazione globale e multidisciplinare delle tecnologie utilizzate per l'assistenza sanitaria che promuova la realizzazione e la condivisione di linee guida a livello regionale, nazionale ed europeo, implementando le partecipazioni a progetti nazionali ed europei.

La ricerca, in tale contesto, è vista come un modo per aumentare la conoscenza e la capacità operativa del sistema e la sua efficacia in termini di miglioramento di salute della popolazione.

Gli ambiti di ricerca sono: la ricerca biomedica, la ricerca sanitaria finalizzata e la ricerca sanitaria applicata.

In ambito di ricerca sanitaria finalizzata e sanitaria applicata possono ricomprendersi sia attività di ricerca applicata che di ricerca traslazionale e di ricerca valutativa cioè quella i cui risultati sono di immediata rilevanza per la programmazione, gestione e valutazione dei servizi, rappresenta una priorità per il SSSR.

Particolare rilevanza va data alle forme di ricerca sanitaria organizzativa, ricerche o sperimentazioni attinenti gli aspetti gestionali, la valutazione dei servizi, le tematiche della comunicazione e dei rapporti con i cittadini, le tecnologie e biotecnologie sanitarie, forme che permetteranno lo sviluppo e la sempre maggiore penetranza del sistema sociosanitario veneto.

Sostenibilità

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

Tenuto conto di questa ampia definizione si devono garantire:

1. La sostenibilità economica
2. La sostenibilità professionale
3. La sostenibilità sociale

Misurabilità e trasparenza

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

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

Pertanto, ogni strategia e programma dovrà prevedere un piano di valutazione che parte dalla loro traduzione in obiettivi misurabili, individua misure / indicatori rilevanti e relativi strumenti informativi, per arrivare alla definizione del sistema di reporting.

Ambito di pianificazione

Allegato A alla

Dgr n. del

pag. 6/15

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

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

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

Le caratteristiche della modernizzazione del sistema regionale sono le seguenti:

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

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

Le politiche devono permettere l'innovazione e la modernizzazione sia dei metodi sia degli strumenti, affinché la gestione del sistema raggiunga gli obiettivi prefissati. Infatti, la riconferma dell'approccio olistico e di molte delle caratteristiche tradizionali del Sistema veneto, non esclude, anzi esalta il rinnovamento dei metodi e degli strumenti. La linea indicata dalla presente Riforma punta decisamente alla progressiva reingegnerizzazione dei processi e dei prodotti, ovviamente con la gradualità richiesta dal cambiamento di sottosistemi organizzativi complessi, che, nonostante la rilevanza del capitale strumentale investito, si fondano in prevalenza sul fattore umano.

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

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

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

A. L'erogazione in modo uniforme ed appropriato su tutto il territorio regionale dei Livelli Essenziali di Assistenza sanitari e socio sanitari – LEA (art. 1 del D.Lgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni e livelli aggiuntivi regionali) e dei livelli delle prestazioni sociali (art. 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328) definiti dalla Regione⁽⁶⁾ in attesa del provvedimento governativo in merito ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale, di attribuzione statale e in attuazione dell'art. 117, 2° comma, lettera m della Costituzione, mediante:

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

Allegato A alla

Dgr n. del

pag. 7/15

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

- B. Il riassetto del Servizio Socio Sanitario Regionale, mediante:
- b.1 Lo sviluppo di attività integrate di area vasta a livello sovraziendale
 - b.2 La revisione del ruolo delle Aziende Ospedaliere di concerto con le Università
 - b.3 La verifica degli ambiti territoriali delle ULSS
- C. Il potenziamento della prevenzione e promozione della salute, mediante:
- c.1 L'implementazione di iniziative di carattere generale e sistemico di promozione della salute (stili di vita).
 - c.2 Il rafforzamento dell'area della prevenzione collettiva e della prevenzione rivolta alla persona.
 - c.3 La promozione di un corretto uso dei farmaci e la farmacovigilanza.
 - c.4 L'integrazione e il confronto in ambito socio sanitario con i sistemi sanitari dei Paesi e delle Regioni appartenenti all'Unione europea, nonché il potenziamento delle attività e delle relazioni internazionali, favorendo la cooperazione con l'OMS e con le altre Agenzie Specializzate delle Nazioni Unite.
 - c.5 La promozione delle politiche rivolte alle famiglie, all'infanzia, all'adolescenza e ai giovani.
 - c.6 Lo sviluppo di politiche ed interventi per la tutela della salute e per l'integrazione civica, scolastica, lavorativa e sociale delle persone immigrate.
- D. Il rinnovamento del sistema delle cure, mediante:
- d.1 Il completamento della programmazione e integrazione dei macrosistemi erogativi.
 - d.2 La qualificazione e la riorganizzazione dell'assistenza territoriale.
 - d.3 La qualificazione e la razionalizzazione della rete ospedaliera.
 - d.4 L'attuazione a livello operativo dell'integrazione socio sanitaria e tra i diversi livelli di assistenza.
 - d.5 La qualificazione e la razionalizzazione dei servizi di urgenza e emergenza.
 - d.6 La determinazione e la garanzia del fabbisogno a livello regionale di personale e lo sviluppo e il coordinamento delle iniziative di formazione permanente del personale dipendente e in convenzione
 - d.7 Integrare positivamente nella rete ospedaliera e territoriale della Regione del Veneto le diverse figure in formazione coordinate dall'Università.
- E. La promozione del Miglioramento Continuo della Qualità del SSSR, mediante:
- e.1 Strumenti di monitoraggio (incluse le tecnologie biomediche)
 - e.2 Riferimenti per le organizzazioni
- F. La promozione e la qualificazione della ricerca e dell'innovazione, mediante:
- f.1 La promozione e il coordinamento della ricerca biomedica, biotecnologica e sanitaria.
 - f.2 Il governo dell'introduzione di tecnologie diagnostiche e terapeutiche di provata efficacia.
 - f.3 Il governo dell'introduzione di innovazioni tecnologiche informatiche e telematiche.
 - f.4 L'adozione di modelli gestionali ed organizzativi adeguati all'evoluzione sociale, epidemiologica, scientifica e dei sistemi di cura.
- G. La partecipazione dei cittadini e della società civile, mediante:
- g.1 La valorizzazione della partecipazione dei soggetti istituzionali e sociali, delle famiglie e delle persone.
 - g.2 La conferma del ruolo del terzo settore
 - g.3 Il riconoscimento del diritto del cittadino e della famiglia a scegliere liberamente i soggetti erogatori, nonché, nel rispetto del principio di appropriatezza, le modalità e le forme di assistenza in caso di bisogno.
 - g.4 Lo sviluppo di un sistema di comunicazione istituzionale.

Strutture di Governo Regionale

L'obiettivo generale è rendere omogeneo e flessibile il sistema.

Il ruolo della Regione rispetto al sistema di Aziende ha visto emergere nell'ultimo decennio la necessità di un ridisegno dell'apparato amministrativo regionale e degli strumenti di governo del sistema, esigenza cui si è cercato di far fronte anche tramite la creazione di Agenzie, quale quella istituita nel Veneto il 29.11.2001 con legge n. 32⁽⁷⁾.

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

Allegato A alla

Dgr n.

del

pag. 8/15

La Segreteria Regionale Sanità e Sociale, secondo le indicazioni della Giunta, nell'ambito di quanto previsto dalla legge istitutiva dell'ASSR, indirizza le attività dell'Agenzia con le funzioni esercitate dalle Direzioni e, dal punto di vista organizzativo, prevede forme di raccordo per la condivisione delle attività in essere, che si accompagnino ad una definizione coordinata dei rispettivi ambiti di responsabilità, tale da permettere l'ottimizzazione nell'uso delle risorse.

Per quanto riguarda la struttura regionale nei confronti del "sistema aziende" e degli altri soggetti attuatori della riforma essa va funzionalmente potenziata, con l'obiettivo di rendere omogeneo e flessibile il sistema.

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

Compito della Regione è di raggiungere livelli sempre più elevati con riguardo:

- all'introduzione delle soluzioni organizzative meno costose
- alla destinazione delle risorse regionali alle attività più appropriate per i cittadini

interpretando il sistema sanitario come un network di aziende cioè come un aggregato di soggetti territoriali e centrali volti alla coproduzione di risultati.

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

La Segreteria Regionale Sanità e Sociale secondo gli indirizzi della Giunta Regionale rafforza ed integra l'azione dei Centri tenendo correlate e coordinate le attività e gli interventi dei medesimi all'interno degli indirizzi della programmazione regionale, come pure promuovendo la coesione fra i centri stessi, anche al fine di evitare sovrapposizioni di azioni, dispersioni e/o frammentarietà.

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

Ambiti delle ULSS ed Aree Vaste

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

Una nuova identificazione territoriale delle ULSS, anche con una riduzione del numero complessivo delle stesse, potrebbe costituire una valida risposta all'esigenza di servizi qualitativamente e quantitativamente efficaci ed efficienti.

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

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

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

- Accordi generali tra aziende contigue e comunque appartenenti alla stessa provincia.
- Linee progettuali in grado di coinvolgere più aziende.
- Strutturazione di dipartimenti interaziendali.
- Accordi integrativi su funzioni di livello regionale.

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

Gestione delle risorse umane

- Definire una gestione della politica del personale
- Pervenire ad una razionalizzazione dell'organizzazione del personale

Allegato A alla

Dgr n. del

pag. 9/15

- Sviluppare una maggiore razionalizzazione ed efficienza dell'attività e un contenimento della spesa
- Ridurre i contenziosi e implementare la contrattazione integrativa
- Migliorare l'azione di monitoraggio

Formazione del personale

L'obiettivo principale dell'Educazione Continua in Medicina (ECM) ⁽⁸⁾ è consentire al professionista di mantenere elevata la sua professionalità, individuando i numerosi soggetti che a vario titolo entrano nel processo di formazione. Le prospettive sono dunque quelle di un potenziamento delle attività in materia di ECM, che dovranno acquisire carattere stabile anche in considerazione del fatto che durante il primo anno (gennaio 2005 – gennaio 2006) il nuovo sistema ECM Veneto ha di fatto accreditato la quasi totalità dell'offerta formativa effettuata dalle Aziende ULSS e Ospedaliere del Veneto. Si sono individuate le seguenti azioni prioritarie:

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

Sono stati individuati alcuni strumenti operativi quali:

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

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

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

Sistema Informativo Socio Sanitario

La Riforma intende perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Valorizzare il Sistema Informativo di governo della Regione
- Migliorare sia i livelli di efficacia e funzionalità del sistema informativo a supporto degli utenti esterni ed interni (cittadini ed operatori), sia i livelli di efficienza ed economicità del sistema complessivo.

Politiche per la qualità

- Completare il percorso di autorizzazione e accreditamento ⁽⁹⁾ quale processo di valutazione e di misurazione, non autoreferenziale, atto a garantire standard qualitativi omogenei su tutto il territorio regionale da parte degli erogatori che operano per conto del SSSR.
- Consolidare le iniziative di miglioramento della qualità e implementare il programma regionale di accreditamento di eccellenza che offra l'opportunità alle organizzazioni socio sanitarie pubbliche e private ad adottare, su base volontaria, principi e metodi di miglioramento continuo della qualità, validati a livello internazionale, che coinvolgono queste organizzazioni a tutti i livelli, da quello strategico a quello operativo.

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

Comunicazione e partecipazione dei cittadini

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

- l'informazione e la comunicazione
- la partecipazione al miglioramento del servizio sanitario

Allegato A alla

Dgr n.

del

pag. 10/15

- l'individuazione di un sistema di autovalutazione della rete dei servizi.

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

Ricerca e innovazione

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

Collaborazioni a livello internazionale

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

Monitoraggio e Valutazione della Performance

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

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

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

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

Allegato A alla	
Dgr n.	del
pag. 11/15	

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

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

Allegato A alla

Dgr n. del

pag. 12/15

Riferimenti

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

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

La Regione del Veneto con le L.R. n. 55 e n. 56 del 14.09.94, ha posto le basi per la riforma dell'assetto organizzativo e di governo del proprio sistema. Ha, inoltre, sviluppato la propria funzione di governo, emanando norme e linee guida in materia di finanziamento, organizzazione, pianificazione strategica generale (L.R. di Piano n. 5/96) e settoriale, sistemi di finanziamento e di accreditamento, nonché le modalità di coordinamento delle strutture stesse, e intervenendo sul rapporto che lega i Direttori Generali agli organi regionali. Con la definizione delle linee guida per la predisposizione dell'Atto Aziendale, strumento di autogoverno con cui l'Azienda definisce la propria organizzazione e funzionamento, la Giunta Regionale ha fissato alcuni principi comuni rispetto ad elementi organizzativi e di funzionamento ritenuti peculiari per le Aziende Sanitarie Venete. L'atto di indirizzo e coordinamento del 14 febbraio 2001 definisce le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e sanitarie a rilevanza sociale, ai fini dell'imputazione della spesa delle stesse al servizio sanitario regionale o ai Comuni. Con le recenti disposizioni recate dall'articolo 3 della legge 16 novembre 2001, n. 405, viene data alle Regioni la possibilità di modificare il modello di erogazione dei servizi sanitari e di articolare in modo diverso il rapporto con il territorio.

(2) Circolare prot. n. 864384/50.00.02.00.00 del 22 dicembre 2005 ad oggetto "Indicazioni per la formulazione della quarta rendicontazione 2005";

(3) Il rispetto di quest'ultimo vincolo rientra, ai sensi del comma 203 della predetta legge 266/2005, tra gli adempimenti oggetto di verifica da parte del "Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005" ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo (i soliti 500 milioni di euro circa!).

Art. 1, comma 198. Le amministrazioni regionali e gli enti locali di cui all'articolo 2, commi 1 e 2, del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, nonché gli enti del Servizio sanitario nazionale, fermo restando il conseguimento delle economie di cui all'articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che le spese di personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'IRAP, non superino per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1 per cento. A tal fine si considerano anche le spese per il personale a tempo determinato, con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, o che presta servizio con altre forme di rapporto di lavoro flessibile o con convenzioni.

Art. 1, comma 199. Ai fini dell'applicazione del comma 198, le spese di personale sono considerate al netto:

a) per l'anno 2004 delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro;

b) per ciascuno degli anni 2006, 2007 e 2008 delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004.

...omissis...

Art. 1, comma 203. Per gli enti del Servizio sanitario nazionale, le disposizioni del comma 198 costituiscono strumento di rafforzamento dell'intesa Stato - Regioni del 23 marzo 2005, attuativa dell'articolo 1, comma 173, della

Allegato A alla

Dgr n. del

pag. 13/15

legge 30 dicembre 2004, n. 311. Gli effetti di tali disposizioni nonché di quelle previste per i medesimi enti del Servizio sanitario nazionale dall'articolo 1, commi 98 e 107, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, sono valutati nell'ambito del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 della medesima intesa, ai fini del concorso da parte dei predetti enti al rispetto degli obblighi comunitari ed alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica di cui all'articolo 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

(4) In attuazione delle disposizioni dell'articolo 9 della legge 248/2005, delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN (medicina generale, pediatria di libera scelta e specialistica ambulatoriale interna).

A rafforzare l'importanza dei controlli dati dalla legislazione di settore, si evidenzia quanto previsto all'art. 1, commi 166 e seguenti, della precitata legge finanziaria 2006, circa il controllo della Corte dei Conti esteso ai bilanci preventivi ed ai rendiconti delle aziende sanitarie.

Art. 1, comma 166. Ai fini della tutela dell'unità economica della Repubblica e del coordinamento della finanza pubblica, gli organi degli enti locali di revisione economico-finanziaria trasmettono alle competenti sezioni regionali di controllo della Corte dei conti una relazione sul bilancio di previsione dell'esercizio di competenza e sul rendiconto dell'esercizio medesimo.

Art. 1, comma 167. La Corte dei conti definisce unitariamente criteri e linee guida cui debbono attenersi gli organi degli enti locali di revisione economico-finanziaria nella predisposizione della relazione di cui al comma 166, che, in ogni caso, deve dare conto del rispetto degli obiettivi annuali posti dal patto di stabilità interno, dell'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento dall'articolo 119, ultimo comma, della Costituzione, e di ogni grave irregolarità contabile e finanziaria in ordine alle quali l'amministrazione non abbia adottato le misure correttive segnalate dall'organo di revisione.

Art. 1, comma 168. Le sezioni regionali di controllo della Corte dei conti, qualora accertino, anche sulla base delle relazioni di cui al comma 166, comportamenti difformi dalla sana gestione finanziaria o il mancato rispetto degli obiettivi posti con il patto, adottano specifica pronuncia e vigilano sull'adozione da parte dell'ente locale delle necessarie misure correttive e sul rispetto dei vincoli e limitazioni posti in caso di mancato rispetto delle regole del patto di stabilità interno.

Art. 1, comma 169....omissis...

Art. 1, comma 170. Le disposizioni dei commi 166 e 167 si applicano anche agli enti del Servizio sanitario nazionale. Nel caso di enti di cui al presente comma che non abbiano rispettato gli obblighi previsti ai sensi del comma 166, la Corte trasmette la propria segnalazione alla regione interessata per i conseguenti provvedimenti.

(5) Le conseguenze di tale situazione economico – finanziaria per l'anno 2006 sono deducibili da una lettura combinata delle disposizioni di:

- Legge 30 dicembre 2004, n. 311 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)".

Art. 1, comma 174. Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzino un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131 (*), il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. I predetti incrementi possono essere adottati anche in funzione della copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario relativi all'esercizio 2004 e seguenti.

(*) Art. 8. (Attuazione dell'articolo 120 della Costituzione sul potere sostitutivo).

1. Nei casi e per le finalità previsti dall'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, il Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro competente per materia, anche su iniziativa delle Regioni o degli enti locali, assegna all'ente interessato un congruo termine per adottare i provvedimenti dovuti o necessari; decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei ministri, sentito l'organo interessato, su proposta del Ministro competente o del Presidente del Consiglio dei ministri, adotta i provvedimenti necessari, anche normativi, ovvero nomina un apposito commissario. Alla riunione del Consiglio dei ministri partecipa il Presidente della Giunta regionale della Regione interessata al provvedimento.

- Legge 23 dicembre 2005, n. 266 " Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2006) ".

Allegato A alla

Dgr n. del

pag. 14/15

Art. 1, comma 277. All'articolo 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Qualora i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal commissario ad acta entro il 31 maggio, nella regione interessata, con riferimento all'anno di imposta 2006, si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive; scaduto il termine del 31 maggio, i provvedimenti del commissario ad acta non possono avere ad oggetto l'addizionale e le maggiorazioni d'aliquota delle predette imposte ed i contribuenti liquidano e versano gli acconti d'imposta dovuti nel medesimo anno sulla base della misura massima dell'addizionale e delle maggiorazioni d'aliquota di tali imposte».

Il provvedimento di Giunta n. 1914 del 19 luglio 2005, in previsione della possibile situazione di squilibrio, ha disposto la redazione di piani di rientro dalla perdita, già in corso di valutazione da parte dei consulenti incaricati. Tali piani, la cui adozione impedisce, per ora, la eventuale ipotesi di decadenza dei Direttori ai sensi dell'articolo 6 dell'Intesa Stato – Regioni del 23 marzo 2005 (***) va accompagnata al blocco delle assunzioni e all'autorizzazione all'effettuazione di spese. A tale provvedimento vanno fatte seguire, come già sottolineato, forti azioni di contenimento della spesa al fine di rendere effettiva l'azione di rientro, pena il riproporsi, nell'anno 2007 (riferito al 2006) o già nel corso del 2006, la situazione di squilibrio, probabile già al secondo trimestre del 2006.

(**) Articolo 6 Obbligo di garantire l'equilibrio economico finanziario.

1. Con riferimento a quanto previsto sub f) dall'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, le Regioni si impegnano a rispettare l'obbligo in capo alle stesse di garantire in sede di programmazione regionale, coerentemente con gli obiettivi sull'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l'equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, con riferimento alle proprie aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sia in sede di preventivo annuale, che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche e a rispettare l'obbligo dell'adozione di misure - compresa la disposizione per la decadenza dei direttori generali delle aziende unità sanitarie locali, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico - per la riconduzione in equilibrio della gestione, ove si prospettassero situazioni di squilibrio, fermo restando quanto disposto dal comma 174 dell'art. 1 della richiamata legge 30 dicembre 2004, n. 311, e, ove necessario, quanto disposto dal comma 180 del medesimo articolo. Limitatamente all'anno 2005, nelle more del perfezionamento del procedimento attuativo dell'art. 7 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, i bilanci regionali fanno riferimento alle risorse indicate nella delibera CIPE di riparto del fabbisogno 2005, commisurate al 99% dell'importo attribuito alle singole Regioni, salvo eventuali modifiche derivanti dall'applicazione dell'art. 7 del citato decreto legislativo n. 56/2000, secondo quanto disposto dall'art. 4 del decreto-legge 30 dicembre 2004, n. 314, convertito, con modificazioni, nella legge 1° marzo 2005, n. 26.

2. A tal fine le Regioni:

- provvedono alla verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente con l'obiettivo sull'indebitamento delle Amministrazioni pubbliche, assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento. Conseguentemente i direttori generali delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari, e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sono tenuti a presentare per via informatica alla Regione, al Ministero dell'economia e delle finanze, al Ministero della salute, ogni tre mesi, una certificazione di accompagnamento del Conto Economico Trimestrale, in ordine alla coerenza con gli obiettivi sopra indicati. In caso di certificazione di non coerenza con i predetti obiettivi, i direttori generali delle aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i Policlinici universitari, e degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, sono tenuti contestualmente a presentare un piano, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati. La certificazione di non coerenza delle condizioni di equilibrio comporta automaticamente il blocco delle assunzioni del personale dell'azienda e dell'affidamento di incarichi esterni per consulenze non a carattere sanitario per l'esercizio in corso. La riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati deve essere assicurata entro il 30 settembre qualora la situazione di disequilibrio sia stata certificata nel primo o nel secondo trimestre, ovvero entro il 31 dicembre qualora la situazione di disequilibrio si sia verificata nel corso del terzo o quarto trimestre; in caso contrario la Regione dichiara la decadenza dei direttori generali. Qualora per esigenze straordinarie si renda necessario assumere iniziative di gestione comportanti spese non previste ed incompatibili con gli obiettivi, i direttori generali devono ottenere preventiva autorizzazione dalla Giunta regionale, fatti salvi i provvedimenti contingibili ed urgenti e i casi in cui ricorra il pericolo di interruzione di pubblico servizio per i quali le aziende danno comunicazione alla Giunta regionale entro i successivi quindici giorni. La decadenza opera, in particolare, nei seguenti casi:

Allegato A alla

Dgr n. del

pag. 15/15

a) mancata o incompleta presentazione della certificazione trimestrale di cui sopra, nei termini stabili dalla Regione;

b) mancata presentazione del piano di rientro nei termini definiti dalla Regione;

c) mancata riconduzione della gestione nei limiti degli obiettivi assegnati al 30 settembre ovvero al 31 dicembre, come sopra stabilito;

- adottano i provvedimenti per definire l'obbligo per le aziende sanitarie, aziende ospedaliere, aziende ospedaliere universitarie, ivi compresi i policlinici universitari e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ad effettuare spese solo nei limiti degli obiettivi economico-finanziari assegnati in sede di bilancio preventivo economico per l'anno di riferimento.

3. Le informazioni contabili riportate nella verifica trimestrale devono in ogni caso corrispondere alle informazioni contabili periodicamente inviate al Sistema Informativo Sanitario attraverso i modelli CE ed SP contenuti nel decreto ministeriale 16 febbraio 2001 e nel decreto ministeriale 28 maggio 2001.

(6) Gli interventi che costituiscono i livelli regionali delle prestazioni sociali sono in via prioritaria:

- misure di contrasto alla povertà
- misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio delle persone totalmente dipendenti;
- interventi di sostegno ai minori e ai nuclei familiari anche attraverso l'affido e l'accoglienza in strutture comunitarie
- misure per sostenere le responsabilità familiari
- misure di sostegno alle donne in difficoltà
- interventi per l'integrazione sociale delle persone disabili, inclusa la dotazione di centri socio-riabilitativi, di comunità alloggio e di accoglienza
- interventi per le persone anziane e disabili per favorirne la permanenza a domicilio, nonché la socializzazione e l'accoglienza presso strutture residenziali e semiresidenziali
- prestazioni socio-educative per soggetti dipendenti
- informazione e consulenza alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e l'auto-mutuo aiuto.

(7) Nella L.R. n. 32 del 29.11.01 di istituzione, l'ARSS del Veneto è definita come ente strumentale della Regione, con compiti di supporto tecnico in materia di sanità e servizi sociali, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e contabile.

In particolare, il ruolo dell'Agenzia Regionale Socio Sanitaria è legato:

- al ruolo che la Regione assume nella gestione (indirizzo, governo, coordinamento) del proprio sistema sociosanitario;
- alle scelte che la Regione attua per dotarsi degli strumenti (strutture) e competenze tecniche adeguate ai fabbisogni e cambiamenti.

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

(8) Il Decreto Legislativo 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni ha istituzionalizzato l'Educazione Continua in Medicina (ECM), dando così un nuovo impulso alla formazione.

Con deliberazione n. 3600 del 13.12.2002 "Progetto Educazione Continua in Medicina" per la Regione Veneto. Anni 2002-2003", e sue successive modificazioni ed integrazioni, la Giunta Regionale ha dato attuazione al Decreto Legislativo sopra citato.

Con provvedimento n. 4097 del 30.12.2003, la Giunta Regionale, per rendere possibile l'avvio delle procedure d'accreditamento degli eventi formativi in forma propria ha istituito in via sperimentale, un Centro Regionale di Riferimento denominato "Centro Regionale di Riferimento per la Formazione Continua in Medicina (ECM)".

(9) L.R. 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali".