

**Allegato B**  
**Controproposte**



**OBBIETTIVI SPECIFICI E PRIORITA' NELLO SVILUPPO**  
**DEL NUOVO PSSR 19-23**

## **OBBIETTIVO 1 - NON AUTOSUFFICIENZA E CENTRI SERVIZI PER ANZIANI. LEA PER LA NON AUTOSUFFICIENZA**

In veneto in base alla realzione socio sanitaria del 2017 ci sono circa 194.000 persone non autosufficienti.

Questi si rivolgono in maniera sempre più significativa al sistema socio sanitario sia nelle fase delle acuzie che nella fase della presa in carico che va sotto la denominazione di cronicità, che il nuovo piano classifica dividendola in cronicità semplice e complessa, e che richiede la definizione di PDTA sempre più avanzati.

Una parte significativa, il 7% secondo l'uripa degli over 65 vive da sola.

Le risposte del sistema sociosanitario veneto sono molteplici: assistenza domiciliare, centri servizi per anziani, strutture intermedie, strutture specialistiche per alzheimer, centri diurni, assistenti familiari (badanti)...

### Descrizione

Il nuovo piano SSR 19/23 deve affrontare in ogni distretto la formulazione di un piano specifico per la domiciliarità: oltre alle Impegnative di domiciliarità, del valore di circa 100 mil. di euro annui, si deve definire la domiciliarità integrata (ADI) in modo che ci sia omogeneità di diffusione nel territorio veneto e in particolare nelle zone di montagna, laguna e polesine.

Fondamentale diventa nel nuovo Pssr 19/23 la definizione dello sviluppo dei Centri servizi per anziani. La riforma degli stessi è attesa dal 2000 e in mancanza di essa si sono verificate nel veneto 2 macro disfunzioni che minano il sistema dell'organizzazione dei servizi. 1- il valore delle impegnative o quote sanitarie, erogate dalla Regione, che ogni ospite porta in dote ai Centri servizi è fermo dal 2009! Ciò ha comportato un aumento della retta a carico delle famiglie imposta dai Centri Servizi per raggiungere l'equilibrio di bilancio, di 400/500 euro al mese ed oggi di media le famiglie pagano 1800/1900 euro al mese. Cifra ritenuta insostenibile! 2- il numero delle impegnative è inferiore rispetto ai posti letto accreditati e messi a disposizione dai centri servizi per anziani pubblici e privati. La differenza è di circa 7000 posti letto a disposizione in più (totale 32.000 tra pubblico e privato) rispetto al numero totale delle impegnative di circa 25.000. La conseguenza è che circa 15.000 persone accedono ai centri servizi pagando una retta che va dai 2500 ai 3000 euro al mese. Cittadini di serie A (coperti dalla impegnativa sanitaria) e di serie B senza impegnativa o quota sanitaria.

Bisogna eliminare questa differenza e garantire che l'accesso alle case di riposo è un LEA, regolamentato dall'articolo 30 della definizione dei nuovi Lea che indica la copertura del 50% a carico della sanità e la compartecipazione della famiglia (o dei Comuni che integrano la retta) del restante 50%

### Iniziative da attivare

Realizzare lo schema tipo, a livello regionale, del Piano per la domiciliarità e di conseguenza realizzare in ogni distretto uno specifico piano della domiciliarità che tenga conto delle specificità territoriali, in particolare della montagna, laguna e polesine.

Il Piano della domiciliarità dovrà tener conto della rivisitazione o rimodulazione delle ICD in base all'impatto che hanno avuto nella popolazione negli ultimi 5 anni e dovrà attivare in modo omogeneo in tutti i distretti l'assistenza domiciliare integrata. La Fimmg stima 130.000 persone assistite con l'ADI, ma il fabbisogno stimato è di circa il doppio. Dovrà definire il ruolo dei protagonisti della presa in carico a partire dai Medici di medicina generale, delle equipe multidimensionali che si prendono in carico della persona non autosufficiente o parzialmente non auto, dei servizi delle cure primarie e della non auto e disabilità presenti in ogni distretto. Dovrà definire il ruolo del direttore del distretto posto nel nuovo piano SSR 19/23 in un ruolo centrale anche per fare da regia per la funzione della domiciliarità. Particolare attenzione dovrà porre nei confronti dei nuclei distrettuali per le cure palliative.

Per l'inserimento dei non auto sufficienti nei centri servizi per anziani, realizzare il superamento dei cittadini di serie A con quota sanitaria a disposizione erogata dalla regione e quelli di serie B senza quota sanitaria. Ciò prevede un aumento significativo delle impegnative sanitarie e del loro valore per garantire il rispetto dei LEA e quindi del diritto dei cittadini veneti di pagare la compartecipazione non oltre il 50% del costo del servizio.

Garantire qualità nei centri servizi per anziani con la formazione continua degli operatori per garantire l'aspetto motivazionale, evitare il burn out, garantire la capacità di prendersi carico di persone con demenza ormai quasi il 50% degli ospiti;

Attivare il monitoraggio degli anziani soli, stimati il 7% della popolazione over 65 affidando ai Comuni l'opportuno sostegno per il censimento degli anziani soli. Attivare particolari attenzioni nei loro confronti, oltre al telesoccorso la attivazione di welfare di comunità, coinvolgendo volontari, associazioni, care giver presenti nel territorio. Co prevede n ruolo specifico della Conferenza e dei Comitati dei Sindaci che inseriranno nel Piano di zona l'obbiettivo specifico.

Attivare il sistema informativo regionale, il softer house regionale, per superare l'elaborazione delle cartelle cartacee, e predisporre una cartella unica per tutti i centri servizi per anziani. Preveder anche l'attivazione della cartella sanitaria con interfaccia clinica con le altre stutture sanitari, ospedali e strutture intermedie.

Riforma delle Ipab in base alla legge 328 del 2000!

Visto l'impellente attivare corsi per operatori sociosanitari, ma soprattutto consentire agli istituti statali professionali, la formazione degli oss accanto al diploma dioperatore servizi sociali

#### Beneficiari

La popolazione non autosufficiente, circa 194.000 persone nel veneto

#### Indicatori

Attivare entro un anno dall'approvazione del nuovo pssr 19/23 lo schema regionale del piano domiciliarietà e i Piani distrettuali della domiciliarietà, a loro volta realizzati dal direttore del distretto, in collaborazione con Le conferenze e i comitati dei sindaci e dei riferimenti dell' associazionismo che costituiscono l'ossatura del Welfare comunità

Incrementare a partire dal bilanci 2019 il valore e il numero delle impegnative o quote sanitarie per l'inserimento delle persone presso i Centri servizi per Anziani, nel rispetto delle indicazioni contenute dalla legge sui nuovi LEA.

Attivare in collaborazione dei comuni il monitoraggio degli anziani soli : azione da iniziare e concludere entro il biennio 2019/2020

Incrementare la formazione degli OSS presso gli istituti professionali statali che diplomano gli operatori dei servizi sociali, attivando anche tutte le disposizioni previste dalla DGR....

Approvare la Riforma delle IIPPAABB entro il 2019

Realizzare la cartella unica informatizzata per la registrazione e la rendicontazione dell'accoglienza e l'erogazione dei servizi agli ospiti dei centri servizi anziani, contenente anche la cartella clinica sanitaria in grado di dialogare e interfacciarsi con le strutture ospedaliere.

## OBBIETTIVO 2 - INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA NELLE NUOVE ULSS: IL RUOLO DEL DISTRETTO

Una delle scelte fondamentali del PSSR 2019/23 è il nuovo ruolo del distretto nell'integrazione dei servizi socio sanitari e di conseguenza anche il nuovo ruolo del direttore del distretto. Con l'unificazione delle ulss è emerso come la gestione dei servizi del territorio abbia la necessità di recuperare dei punti di riferimento per coordinare l'erogazione dei servizi assistenziali soprattutto quando erogati con modalità di equipe multimediali.

Si aggiunga la nuova predisposizione delle funzioni distrettuali con dgr 1306 del 16/8/ 2017 che hanno potenziato le funzioni distrettuali per quanto riguarda le cure primarie, la disabilità e la non autosufficienza, l'infanzia adolescenza famiglia e consultori familiari la neuropsichiatria infantile, le cure palliative, la farmacia territoriale, la psichiatria il rema e il serd,

Il nuovopssr conferisce al distretto il ruolo fondamentale per garantire le prestazioni specialistiche presso le sedi distrettuali, a domicilio, presso le strutture di ricovero intermedie, presso le strutture semiresidenziali e residenziali attraverso il coordinamento degli specialisti convenzionati e dipendenti.

Spetta al direttore del distretto valutare il fabbisogno e definire attraverso quali erogatori soddisfare la domanda decidendo se stipulare accordi contrattuali con le strutture private accreditate o con altre strutture del SSSR.

Il direttore del Distretto diventa anche responsabile della misurazione dei bisogni per identificare i modelli organizzativi le risorse e i luoghi di cura più appropriate; è responsabile dell'attuazione dei percorsi assistenziali per le principali patologie croniche e per l'assistenza alle persone fragili; gestore della cronicità complessa ed avanzata; facilitatore dei processi di integrazione tra i diversi nodi della rete.

il direttore del distretto definisce anche per la complessità semplice il budget delle prestazioni specialistiche necessarie sulla base della lista pazienti eleggibili e di quanto previsti dai PDTA, nonché mettere a disposizione le risorse necessarie, anche attraverso appositi accordi con gli specialisti ambulatoriali interni e con le strutture private accreditate che insistono nel proprio territorio.

### Descrizione

Da quanto descritto emerge la centralità nel nuovo pssr del distretto e del direttore del distretto.

Concordiamo sulla necessità di rafforzare questo punto di riferimento nel territorio per garantire l'integrazione socio sanitaria. Ciò che appare opportuno è la definizione dei ruoli, tra direttore generale, direttore dei servizi socio sanitari, direttore del distretto e medico di medicina generale..

Lo sviluppo della gestione delle medicine di gruppo integrate, il Piano della domiciliarità, la presa in carico della cronicità, la tutela dei minori e delle famiglie, la non autosufficienza e la disabilità hanno bisogno ad esempio di procedure chiare per essere portate avanti. Anche la gestione del budget deve essere chiarita per evitare discrezionalità e disomogeneità di trattamento.

### Iniziativa da sviluppare

Definire con precisione le caratteristiche dei 26 distretti della regione Veneto: missione ed obiettivi generali e specifici. In particolare meritano particolare attenzione quelli nelle zone di montagna, lagunare e del polesine.

Definire con provvedimento aggiuntivo all'atto aziendale le funzioni del direttore del distretto, distinguere bene le sue funzioni da quelle del direttore dei servizi sociosanitari, per consentire maggiore coordinamento e collaborazione; definire il rapporto del direttore del distretto con il direttore sanitario, dei servizi socio-sanitari, dei servizi territoriali e amministrativo.

Definire i rapporti con i medici di medicina generale soprattutto per la gestione della cronicità, per superare il rischio di percorsi conflittuali o non collaborative tra cronicità semplice e complessa.

### Beneficiari:

Tutta la popolazione presente in un determinato territorio, nello specifico quello del distretto.

### Elementi di trasversalità/integrazione:

i distretti assicurano l'integrazione socio sanitaria nel territorio, attraverso la regia del direttore dei servizi sociosanitari e del direttore sanitario, per quanto di competenza; il direttore del distretto dovrà perciò rapportarsi oltre che con le equipe multimediali per assicurare

l'adeguata assistenza e cura, anche con il direttore dei servizi socio sanitari per collaborare, rafforzare e valorizzare le potenzialità della comunità di appartenenza, in particolare degli enti locali e del terzo settore.

Il rapporto e la collaborazione con i servizi sociali degli enti locali sarà finalizzato alla definizione e attivazione dei servizi che in particolare fanno riferimento alla domiciliarità; il direttore del distretto, in collaborazione con il direttore socio sanitario e con il direttore sanitario, predisporrà la stesura e l'attivazione del Piano Domiciliarità distrettuale.

il direttore dei servizi socio sanitarie assieme a quello del distretto organizzerà il programma formativo multidisciplinare (dell'ambito sanitario e sociale) con la partecipazione delle Comunità locali, distinguendo i vari obiettivi contenuti negli atti aziendali: cure primarie, infanzia adolescenza famiglia, disabilità non autosufficienza...

Indicatori

Attivazione tavolo di coordinamento tra direttore dei servizi socio sanitari, dei servizi sanitari e del direttore del distretto

Stesura ed attivazione del Piano Domiciliarità distrettuale entro il 2019

Attivazione e implementazione delle medicine di gruppo integrate; attraverso le AFT predisporre un piano di realizzo che copra il territorio nel prossimo biennio almeno per il 70%

Attivazione de programma formativo multidisciplinare

### **OBBIETTIVO 3 – I LEA PERI MINORI E DISABILI**

Nell'autonomia regionale è già possibile individuare il Livelli essenziali di assistenza sociale. Appare quanto mai opportuno, vista anche l'avanzata organizzazione e integrazione presente nel territorio, garantire l'omogeneità dell'erogazione dei servizi per i minori, per gli anziani e per i disabili. Infatti l'aggregazione delle Ulss ha messo assieme diverse esperienze maturate nel tempo, anche con soluzioni diverse come ad esempio la delega che i comuni avevano trasferito alle ulss di appartenenza.

Bisogna perciò definire con precisione gli standard di inserimento, regolamentare e assicurare le prestazioni, garantire la presa in carico delle persone soprattutto con percorsi preventivi ed individualizzati.

#### **DESCRIZIONE**

Il rispetto e l'incremento dei LEA servono per garantire in tutto il territorio veneto l'erogazione omogenea dei servizi per minori, anziani e disabili. Appare debole la risposta che in questo momento storico viene fornita per la presa in carico dei minori e anziani. In particolare per i minori, adolescenti, famiglie e consultori familiari appare insufficiente il personale dedicato sia alla prevenzione che alla presa in carico. Appare alquanto disomogenea anche la risposta in termini di inserimento nelle comunità residenziali per minori. L'inserimento nelle strutture intermedie per gli anziani avviene ancora in forma sperimentale, manca un preciso piano per la domiciliarità e mancano quote sanitarie da conferire a chi deve entrare nei centri servizi per anziani.

Per i disabili bisogna verificare le conseguenze dell'attivazione della 740 e il funzionamento delle cosiddetti progetti o percorsi innovativi.

#### **AZIONI DA SVILUPPARE**

Attivare piano strategico per i minori e l'area infanzia adolescenza famiglia, definendo appropriatamente il ruolo della neuropsichiatria infantile. Definire gli standard del personale necessario per la prevenzione e per la presa in carico, anche in collaborazione con i Comitati dei Sindaci.

Attivare piano strategico per la domiciliarità, in collaborazione tra direttore dei servizi socio sanitari, direttore del distretto, e Comitato dei Sindaci, terzo settore e Centri servizi per Anziani

Attivare monitoraggio del funzionamento della 740, e dei percorsi progetti innovativi per disabili

#### **BENEFICIARI**

Minori Anziani e Disabili – l'attività dei servizi che riguardano questa tipologia di utenti

#### **Elementi di trasversalità/integrazione**

Il direttore dei servizi socio sanitari deve garantire un rapporto costante con i servizi sociali del territorio, i soggetti gestori e il terzo settore per verificare i fabbisogni emergenti. La tutela dei minori va rafforzata attivando sinergie e risposte appropriate, dall'affido, nelle varie modalità, all'inserimento in comunità. Non va trascurato il lavoro in sinergia con le istituzioni scolastiche e con le varie agenzie educative del territorio: parrocchie, società sportive, associazioni nelle diverse accezioni, culturali, ambientali teatrali...

Vanno rafforzati i progetti di empowerment e di sviluppo comunità.

#### **INDICATORI**

##### **PER I MINORI**

1. Stanziamenti adeguati per personale del P.I.A.F. e per l'Accoglienza nelle Strutture

2. Stabilizzazione Centri Specialistici per la Tutela

3. Conferma U.O.S. di Età Evolutiva- come da DGR 1533/2011, ripristino personale eliminato negli ultimi 4 anni (DGR 1306/2017). Ripristino + adeguamento agli standard del personale dei Cons. Familiari come da DGR 215/2010; + interventi per Tutela e Violenza

4. Nuovi L.E.A. → Assistenza Sociosanitaria Distrettuale: a Minori, Donne, Coppie, Famiglie, Minori con disturbi, Disabili; prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale ;

5. Integrazione Scolastica Disabili > Revisione L.E.A. < Prestazioni di rilievo socio-sanitario, ora considerate sociali - assistenziali = onere dei Comuni

6. Riattivazione Osservatorio Regionale per minori – famiglia – tutela

Per LA DISABILITA'

Monitoraggio conseguenze della 740 e dei percorsi progetti innovativi;

attivazione del registro delle liste d'attesa per ogni ulss per monitorare in modo trasparente le richieste di inserimento nei Centri Diurni e nelle Comunità residenziali

eliminazione graduale delle liste d'attesa per inserimento nei Centri diurni e nelle comunità residenziali

Redazione della Carta servizi per le persone con disabilità e Non autosufficienti per garantire loro priorità e percorsi individualizzati nell'erogazione dei servizi sociosanitari, in particolare per l'emergenza urgenza ed esami specialistici come il prelievo di sangue.

## OBBIETTIVO 4 FONDAZIONE DI COMUNITA' PER IL DOPO DI NOI

La discussione parlamentare e la successiva approvazione della legge 112/2016 "Disposizioni in materia di assistenza in favore delle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare", erroneamente nota come "legge sul dopo di noi", hanno portato il dibattito e l'approfondimento su queste tematiche fuori dalle cerchie di familiari, operatori e volontari che si confrontano quotidianamente con la disabilità.

Appare necessario oltre al percorso delineato dalla legge realizzare nel territorio dei punti di riferimento, soprattutto per le famiglie e nelle ulss dove le associazioni e i servizi per disabili sono meno diffuse, in grado di farsi carico del cosiddetto dopo di noi.

### Descrizione:

La fondazione di comunità o di partecipazione viene individuata come lo strumento idoneo per mettere assieme le migliori esperienze e opportunità sia del pubblico che del privato.

Le ulss assieme al privato sociale più significativo e preparato nell'ambito dell'area tematica della disabilità costituiscono, una per ulss, la Fondazione di comunità o di partecipazione che si farà carico di gestire percorsi di orientamento per le famiglie e con le famiglie di persone disabili e sempre assieme a loro potranno diventare punto di riferimento per la gestione del dopo di noi: alloggi protetti con inserimento di persone disabili coadiuvati, secondo progetti individualizzati, da educatori, psicologi, assistenti sociali o altri operatori con competenze specifiche in grado di attivare anche percorsi innovativi di autonomia per le persone disabili.

Le fondazioni di comunità o di partecipazione avranno nello statuto anche l'obiettivo di gestire eventuale patrimonio messo a disposizione attraverso donazioni con finalità esclusivamente sociale e spiccate finalità etiche, per diventare con la collaborazione di autorevoli e credibili personalità del territorio, punto di riferimento e scuola di solidarietà per le comunità di riferimento.

Per la gestione della Fondazione di comunità potranno usufruire, nella massima trasparenza, di donazioni di privati e istituzioni private, di contributi del pubblico sia da parte dei comuni, province e regione, di raccolte fondi attraverso eventi e manifestazioni

### Azioni da sviluppare

Attivazione in ogni ulss di una fondazione di comunità o di partecipazione, in collaborazione con il privato sociale più significativo del territorio e con altre istituzioni sia pubbliche o private, anche religiose;

Attivazione attraverso la fondazione di percorsi di orientamento e di formazione sia per operatori che per le famiglie/con le famiglie o le associazioni di famiglie.

### Beneficiari

Famiglie con figli disabili e persone portatori di disabilità

### Indicatori

Avvio del percorso per realizzare in ogni ulss una fondazione di comunità o di partecipazione  
Coinvolgimento e formazione dei direttori generali, del direttore socio sanitario e del direttore sanitario per realizzare gli obiettivi proposti

Condivisione delle associazioni delle famiglie e delle famiglie con figli disabili

Coinvolgimento dei Comuni e delle conferenze dei sindaci e del terzo settore; Coinvolgimento dei CSV e del privato sociale, delle istituzioni laiche e religiose, comprese le Fondazioni bancarie.



## OBBIETTIVO 5 COOPERAZIONE ALLO SVILUPPO E SOLIDARIETÀ INTERNAZIONALE IN SANITÀ

Dalla cooperazione decentrata allo sviluppo

La Regione del Veneto, attuando negli anni la propria attività di cooperazione decentrata, ha messo in piedi un "*sistema Regione*" per la cooperazione: la Regione coordina e "mette in rete" gli attori della cooperazione, realizzando e sostenendo iniziative che hanno un forte radicamento nel territorio veneto. La sua azione si è inoltre caratterizzata per il fatto di considerare i destinatari dell'aiuto come veri e propri partner, con cui instaurare relazioni operative e durature di scambio reciproco e di sviluppo concreto.

La solidarietà internazionale

La Regione realizza numerosi interventi di solidarietà internazionale, intendendo come tale l'aiuto umanitario a favore di popolazioni colpite da gravi calamità naturali o da altre situazioni straordinarie di crisi. Questo tipo di interventi ha una durata necessariamente limitata nel tempo, in quanto il suo scopo è quello di rispondere con immediatezza a situazioni di emergenza. Lo scopo che si prefigge il pssr è invece quello di andare oltre l'emergenza per costruire progetti solidi e permanenti nei paesi in via di sviluppo.

Gli interventi verranno affrontati dall'Assessorato alla Cooperazione allo sviluppo in collaborazione con l'area Sanità e sociale per creare quella indispensabile sinergia che permette di affrontare e realizzare progetti lungimiranti con organizzazione e professionalità.

Descrizione

Forti delle esperienze maturate la Regione veneto, attraverso la collaborazione tra l'area sanità e sociale e quella della cooperazione internazionale, individua ogni anno uno o più interventi da realizzare nei paesi in via di sviluppo secondo la logica, non dell'intervento emergenziale, ma dell'attivazione di progetti di avvio, sviluppo e consolidamento di attività e strutture sanitarie e o socio sanitarie nei paesi in via di sviluppo. Ospedali, punti di primo soccorso, aree materne infantili, punti nascita o quant altro sia necessario dal punto di vista socio sanitario. Questi progetti devono essere attivati in collaborazione degli enti, associazioni, soggetti del terzo settore qualificati e con esperienza pluriennale, presenti nel territorio veneto individuando partner istituzionali o di riferimento sicuro nel territorio dove si realizza l'iniziativa.

Azioni da sviluppare

Aumentare gli stanziamenti per progetti di cooperazione internazionale.

Individuazione attraverso bando dei progetti e degli esecutori degli stessi nei paesi in via di sviluppo, in particolare nel continente africano.

Avvio, sviluppo e consolidamento del progetto con i o il soggetto partner nei paesi dove si realizzerà la proposta

Beneficiari

Paesi in via di sviluppo in particolare nel continente africano

Indicatori

sostegno del progetto attraverso la conferma della consulta per la cooperazione internazionale così come istituita dalla legge regionale 21 del 2018;

monitoraggio trimestrale dell'avvio, sviluppo e consolidamento del progetto fino ad almeno 5 anni dall'avvio del progetto;

## OBBIETTIVO 6 PIANO SICUREZZA E LAVORO

La attività di prevenzione nei luoghi di lavoro in un territorio si fonda principalmente su:

- conoscenza diretta della realtà produttiva del territorio di competenza
- rapporti costanti con le organizzazioni locali dei datori di lavoro, dei rappresentanti dei lavoratori, delle autorità sanitarie locali (sindaci)
- pianificazione ed organizzazione degli interventi controllo diretto della qualità delle prestazioni e del lavoro svolto dal personale da parte del direttore del servizio

La Regione del Veneto, interviene nel campo della tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro con compiti di indirizzo, coordinamento e monitoraggio; le funzioni operative sono garantite sul territorio dai Servizi Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) istituiti presso i Dipartimenti di Prevenzione di ciascuna Azienda ULSS, in conformità a quanto disposto dal Decreto Legislativo 09.04.2008, n. 81.

Il Piano Regionale della Prevenzione del Veneto 2014-2019 rappresenta uno degli strumenti di programmazione di settore .

Relativamente al tema della salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, nel Piano Regionale della Prevenzione sono previsti e attuati i seguenti programmi finalizzati al raggiungimento del macro-obiettivo "Prevenire gli infortuni e le malattie professionali":

1. Incremento del grado di utilizzo dei sistemi informativi per la prevenzione;
2. Prevenzione degli infortuni sul lavoro;
3. Prevenzione delle malattie professionali;
4. Promozione della cultura della salute e della sicurezza nel mondo del lavoro.

I suddetti programmi sono stati rimodulati con la DGR n. 792/2018, al fine di valorizzare le iniziative di prevenzione negli ambienti di lavoro con impatto significativo sulla tutela della salute e della sicurezza dei Lavoratori.

A fronte dell'incremento del numero di infortuni sul lavoro con esito mortale registrato dall'inizio del 2018, la Regione del Veneto ha adottato **un piano straordinario di intervento**, a sviluppo triennale, quale strumento necessario per la **pianificazione, il monitoraggio e la valutazione delle azioni individuate per il consolidamento ed il miglioramento delle attività su base regionale a tutela della salute e della sicurezza dei Lavoratori.**

In questo contesto, si ritiene strategico il sostegno delle professionalità presenti nei servizi SPISAL, per loro natura multidisciplinari, per poter essere adeguate alla crescente complessità dei processi di lavoro e delle dinamiche che determinano l'insorgere di infortuni e malattie professionali, afferenti a tematiche strutturali, di processo, organizzative, procedurali e comportamentali.

Anche se nel corso delle attività di vigilanza si rileva il rispetto della legge e non ricorrano le condizioni per provvedimenti sanzionatori, spesso emerge comunque la necessità di migliorare le condizioni di lavoro e/o la qualità della valutazione e gestione dei rischi; pertanto si ritiene utile, in un sistema produttivo avanzato e con alta sensibilità sui temi della prevenzione, stimolare i Servizi SPISAL a formulare indicazioni per il miglioramento, ricercando l'impegno volontario della parte aziendale e realizzare in un determinato tempo i miglioramenti proposti e la disponibilità a sottoporsi alla verifica di quanto attuato.

### Condivisione delle migliori esperienze

Il miglioramento dei livelli di tutela della salute e della sicurezza dei Lavoratori si realizza anche attraverso la registrazione sistematica e la condivisione dei miglioramenti che le Imprese attuano negli ambienti di lavoro, di propria iniziativa o indotti dall'intervento del sistema SPISAL, raccogliendone soluzioni e buone prassi.

aree di intervento

1. Risorse umane
2. Controlli sulle Imprese
3. Conoscenza dei fenomeni
4. Omogeneità, qualità ed efficacia degli interventi
5. Formazione
6. Semplificazione
7. Collaborazioni

## 8. Comunicazione

### AREA 1 – Risorse umane

Le risorse umane rappresentano lo strumento operativo individuato per dare concretezza al presente piano strategico; le azioni proposte sono finalizzate a rafforzare il livello direzionale regionale e il livello operativo locale, sia nell'immediatezza, sia con prospettiva a lungo termine, passando attraverso la definizione della dotazione organica standard.

#### AZIONE 1 Incremento dotazione organica

Termine 2018

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** previsto

*In collaborazione con:* Direzione Risorse Strumentali SSR

descrizione Nell'ambito del percorso intrapreso dalla Regione del Veneto per l'autonomia e attraverso un'azione coordinata con il sistema delle Regioni, valutazione delle possibilità per incrementare la dotazione organica dei Servizi SPISAL (Medici del Lavoro, Tecnici della Prevenzione, Chimici, Ingegneri, Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Statistici, Psicologi, e altre figure professionali ritenute necessarie) superando gli attuali limiti di spesa imposti dal bilancio, mediante assunzione di nuovo personale a tempo indeterminato, utilizzando la quota destinata al raggiungimento dei LEA delle somme provenienti dal pagamento delle sanzioni irrogate per riscontro di violazioni delle norme a tutela della salute e sicurezza dei Lavoratori. Tramite Azienda Zero verranno espletate le procedure concorsuali per la costituzione di una graduatoria unica da cui attingeranno tutte le Aziende ULSS.

Come prima misura si procederà all'integrazione e all'incremento degli organici con l'assunzione di n. 30 tecnici della prevenzione al fine di rafforzare le attività dei servizi Spisal

#### AZIONE 2 Supporto tecnico-scientifico all'azione regionale termine previsto: 2018

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

descrizione Istituzione di un gruppo di lavoro permanente, rappresentativo non solo delle Aziende ULSS, ma di altri soggetti attivi del sistema della prevenzione (Università e Medici Competenti), col mandato di garantire un supporto tecnico-scientifico alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria nelle proprie funzioni di pianificazione, coordinamento e monitoraggio delle attività a tutela della salute e sicurezza dei Lavoratori, nonché agli ambiti locali

2018

#### Seconda fase

#### AZIONE 3 Definizione dotazione organica standard

termine

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** previsto *In collaborazione*

*con:* Direzione Risorse Strumentali SSR: organizzazioni sindacali

descrizione Al fine dell'adeguamento delle dotazioni organiche, definizione preliminare della dotazione organica standard del sistema SPISAL, partendo dall'individuazione delle attività elementari, dalle risorse e dal carico di lavoro associato, esplicitando i profili professionali ritenuti essenziali per l'erogazione delle prestazioni previste, anche in considerazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM del 12 gennaio 2017 (Area C: Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro)

#### AZIONE 4 Finanziamento di corsi universitari termine

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* Direzione Risorse Strumentali SSR

Termine Previsto 2019

descrizione Studio del percorso per il finanziamento, utilizzando la quota destinata alla formazione delle somme provenienti dal pagamento delle sanzioni, di borse per corsi post-lauream (master universitari) finalizzati a formare nuove figure professionali, prevedendo eventualmente un vincolo di permanenza nel Servizio Sanitario Regionale

### AREA 2 – Controlli sulle Imprese

Relativamente all'attività di vigilanza, per il triennio 2018-2020, si ritiene necessario un incremento rispetto al 2017 del numero di Aziende da sottoporre a controllo, aumentando la copertura del

territorio; si ritiene altresì di valorizzare nuove modalità di esecuzione dei controlli, coerenti con i Livelli Essenziali di Assistenza di cui al DPCM del 12.01.2017.

#### **Prima fase**

##### **AZIONE 1 Incremento obiettivi quantitativi di vigilanza**

Termine 2018

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** previsto

*In collaborazione con:* PREO (Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana)

descrizione Per il triennio 2018-2020, incremento del numero delle Aziende da sottoporre a controllo nella misura di 400 Aziende in più per anno rispetto al 2017. La ripartizione delle Aziende ulteriori da sottoporre a controllo, da individuare tenendo in considerazione prioritariamente le evidenze di rischio e, in misura da definire nelle singole realtà territoriali, tra le Aziende non oggetto di pregressa attività ispettiva, sarà effettuata sulla base della distribuzione percentuale delle Posizioni Assicurative Territoriali (PAT) afferenti ai territori di competenza delle Aziende ULSS (fonte: Flussi INAIL-Regioni)

##### **AZIONE 2 Incremento attività congiunta e coordinata degli Organi di vigilanza**

Termine previsto 2018

responsabile **Ufficio Operativo del Comitato Regionale di Coordinamento**

descrizione Definizione degli obiettivi di attività ispettiva congiunta e coordinata, con particolare riferimento a determinati contesti produttivi (es. edilizia, agricoltura, siti confinati, grande distribuzione, logistica, cooperative di servizi)

**2018**

#### **Seconda fase**

##### **AZIONE 3 Protocollo per l'attività di vigilanza negli ambienti di lavoro**

Termine previsto 2018

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria Ispettorato Interregionale del Lavoro di Venezia**

descrizione Revisione del protocollo d'intesa approvato con DGR n. 3488 del 17.11.2009, anche alla luce della ridefinizione dei rispettivi assetti organizzativi, con individuazione di ambiti di competenza e strumenti per la condivisione di informazioni su aziende ispezionate appartenenti allo stesso ambito di competenza (es. edilizia)

##### **AZIONE 4 Ricerca dell'efficacia delle azioni di prevenzione**

termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 d.lgs. 81/2008)

descrizione Ricerca dell'efficacia delle azioni di prevenzione, individuando, ad integrazione delle modalità tradizionali, metodi coerenti sia con l'attuale operatività del sistema SPISAL (es. percorsi strutturati di prevenzione mirati a rischi specifici), sia con quanto previsto dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (es. audit)

##### **AZIONE 5 Bandi emessi dalle stazioni appaltanti**

termine previsto 2020

responsabile **Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 d.lgs. 81/2008)**

descrizione Azioni di rinforzo nei confronti delle stazioni appaltanti, individuando le modalità più efficaci per definire gli oneri per la sicurezza descritti nei bandi predisposti

#### **AREA 3 – Conoscenza dei fenomeni**

L'epidemiologia occupazionale, sostenuta dall'evoluzione tecnologica, è essenziale non solo nella funzione di osservatorio dei danni acuti e cronici da esposizione professionale, ma anche come supporto alla pianificazione delle attività a tutela della salute e sicurezza dei Lavoratori in base alle evidenze di rischio (modalità di accadimento, settori produttivi).

#### **Prima fase**

##### **AZIONE 1 Valorizzazione dell'epidemiologia occupazionale**

termine previsto 2018

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* INAIL Direzione Regionale Veneto

descrizione Individuazione per ogni Servizio SPISAL di un referente di collegamento con il Programma Regionale per l'Epidemiologia Occupazionale (PREO). Contestualmente, avvio del percorso per il rinnovo della convenzione che disciplina il funzionamento del PREO, favorendo un supporto più stabile in termini di risorse umane e finanziarie

#### **Seconda fase**

##### **AZIONE 2 Condivisione informazioni contenute in banche dati**

termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* INL

descrizione Sviluppo dell'utilizzo delle banche dati per la condivisione delle informazioni contenute al fine di migliorare la conoscenza della distribuzione dei rischi nel territorio, con particolare riferimento all'agricoltura e all'edilizia

##### **AZIONE 3 Mancati infortuni**

termine previsto 2020

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 d.lgs. 81/2008)

descrizione Sperimentazione, attraverso strumenti da individuare in collaborazione con il Programma Regionale di Epidemiologia Occupazionale, di modalità di raccolta ed analisi dei mancati infortuni (near miss) al fine di garantire una condivisione delle esperienze e concrete azioni di prevenzione

#### **AREA 4 – Omogeneità, qualità ed efficacia degli interventi**

Le azioni e gli strumenti di *governance* regionale per assicurare omogeneità, qualità ed efficacia delle attività di prevenzione del sistema SPISAL si fondano principalmente sull'adozione di procedure di lavoro uniformi, connesse ad un sistema di monitoraggio dei LEA con indicatori di valutazione della performance congruenti e ad un sistema informativo gestionale, e accompagnate da un sistema di audit.

#### **Prima fase**

##### **AZIONE 1 Gestione uniforme delle risposte ai quesiti posti dagli utenti**

termine previsto 2018

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* Servizi SPISAL

descrizione Al fine di uniformare l'interpretazione di dettaglio delle norme, si propone la gestione collegiale a livello regionale dei quesiti posti ai singoli sportelli informativi attivi presso i Servizi SPISAL, selezionati in base a criteri di priorità

#### **Seconda fase**

##### **AZIONE 2 Procedura condivisa per la gestione delle attività**

Termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* Servizi SPISAL

descrizione Al fine di uniformare la metodologia di lavoro, redazione prioritaria di una procedura di lavoro condivisa a livello regionale per la gestione dell'attività di vigilanza, controllo e assistenza"

##### **AZIONE 3 Monitoraggio delle prestazioni**

termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* Servizi SPISAL

descrizione Integrazione degli attuali indicatori di valutazione delle performance con nuovi indicatori congruenti con i LEA e con la multidisciplinarietà del sistema SPISAL, in grado di considerare anche la spesa pubblica necessaria per il suo funzionamento

##### **AZIONE 4 Implementazione del sistema informativo regionale**

termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* Azienda Zero

descrizione Al fine di migliorare la programmazione delle attività, garantire la buona amministrazione delle risorse e accrescere l'efficacia degli interventi (sia a livello regionale, sia a livello locale), facilitazione e supporto della migrazione al nuovo sistema informativo su base regionale SIPRAL, in sostituzione dell'attuale applicativo locale

#### **AZIONE 5 Sistema di audit regionale**

Termine previsto 2020

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** o

*In collaborazione con:* Azienda Zero, Fondazione Scuola di Sanità Pubblica

descrizione Avvio di un sistema di audit regionale (strutturandolo verosimilmente all'interno di Azienda Zero) per verificare la qualità e l'efficacia degli interventi effettuati dal sistema SPISAL e l'adesione alle procedure regionali (esistenti e di prossima redazione), anche al fine di aumentare l'omogeneità delle attività di prevenzione, vigilanza e assistenza e di orientare l'esercizio dei compiti istituzionali al risultato di prevenzione riducendo il peso di adempimenti a prevalente valenza formale, in un'ottica di semplificazione

#### **AREA 5 – Formazione**

La cultura della prevenzione deve essere ampliata, sia mediante l'aggiornamento degli operatori del sistema pubblico, sia mediante la ricerca dell'efficacia della formazione professionale, al fine di aumentare i livelli di tutela di salute e sicurezza attraverso una maggiore diffusione della conoscenza tra i Lavoratori relativa ai corretti comportamenti da adottare per evitare le situazioni di rischio.

##### **Prima fase**

#### **AZIONE 1 Piano formativo per operatori SPISAL**

termine previsto 2018

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** *In collaborazione con:* Fondazione Scuola di Sanità Pubblica

descrizione Definizione del piano formativo per operatori SPISAL, finalizzato al raggiungimento di standard professionali e omogeneità sempre più elevati, nel quale inserire anche percorsi formativi da estendere ai soggetti del sistema pubblico e privato della prevenzione, che concorrono con le ULSS alla tutela della salute dei Lavoratori (RSPP, RLS/RLST, MC)

##### **Seconda fase**

#### **AZIONE 2 Ricerca dell'efficacia della formazione**

termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 d.lgs. 81/2008) descrizione Individuazione di metodi per la verifica dell'efficacia della formazione professionale, partendo dagli esiti delle pregresse esperienze (progetto avviato da INAIL in collaborazione con Confindustria e Università di Padova; "Formazione Partecipata") e valorizzando ulteriori iniziative, realizzate ad esempio dagli enti bilaterali dell'artigianato

#### **AZIONE 3 Formazione per studenti in tema di sicurezza**

Termine previsto 2109

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* SiRveSS (Sistema di Riferimento Veneto per la Sicurezza nelle Scuole)

descrizione Promozione di strumenti (es. e-learning) per la formazione obbligatoria e specifica per gli studenti, finalizzata anche ai percorsi di alternanza scuola-lavoro, utilizzando i finanziamenti a disposizione e in collaborazione con le strutture coinvolte, valutando l'estensione a percorsi più generali di promozione della salute

#### **AZIONE 4 Registro degli organismi paritetici**

termine previsto 2020

responsabile **Direzione Formazione e Istruzione**

*In collaborazione con:* Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria descrizione Predisposizione di un registro degli organismi paritetici di cui all'art. 2 del d.lgs. 81/2008 **2020**

#### **AREA 6 – Semplificazione**

La tutela della salute negli ambienti di lavoro contribuisce in modo determinante a sostenere la ripresa economica: a tal fine, il sistema regionale della prevenzione può mirare sia alla semplificazione della normativa, sia all'ottimizzazione della gestione delle risorse, al fine di realizzare

iniziative di prevenzione con impatto significativo sulla tutela della salute e della sicurezza dei Lavoratori, superando la prospettiva di azioni confinate ai singoli ambiti locali.

#### **Prima fase**

##### **AZIONE 1 Trasmissione telematica delle comunicazioni obbligatorie**

Termine previsto 2018

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* Veneto Lavoro

descrizione Avvio del percorso per la trasmissione telematica delle comunicazioni obbligatorie previste dalla normativa vigente (prioritariamente notifiche cantieri e piani di lavoro amianto), integrando eventualmente i canali di trasmissione già esistenti, al fine di garantire un migliore coordinamento istituzionale, una maggiore efficacia nell'attività ispettiva e la disponibilità dei dati da parte dei soggetti previsti dalla normativa

#### **Seconda fase**

##### **AZIONE 2 Gestione centralizzata delle iniziative di prevenzione**

Termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria**

*In collaborazione con:* Azienda Zero

descrizione Al fine di realizzare interventi con impatto significativo sulla tutela della salute e sicurezza dei Lavoratori, sia sviluppati a livello regionale, sia dando impulso e stimolo alle iniziative sviluppate dai singoli ambiti locali, avvio del percorso per la gestione amministrativa centralizzata delle iniziative di prevenzione negli ambienti di lavoro finanziate con le somme introitate a partire dal 2017 a seguito del pagamento delle sanzioni irrogate dal sistema SPISAL (es. progetti di sostegno a Imprese e Lavoratori, progetti formativi, campagne mediatiche, iniziative di promozione della salute e altre iniziative ritenute necessarie), da realizzarsi anche in collaborazione con tutti i soggetti attivi del sistema della prevenzione: Aziende ULSS, Università, Datori di Lavoro (e loro associazioni), Lavoratori (e loro associazioni), Medici Competenti (e loro associazioni)

##### **AZIONE 3 Organizzazione per la gestione della sicurezza**

Termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** previsto

*In collaborazione con:* Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 d.lgs. 81/2008)

descrizione Intensificazione degli interventi rivolti a migliorare nelle Imprese la gestione del rischio, promuovendo e verificando l'applicazione di indirizzi operativi e strumenti semplificati per la realizzazione di Sistemi di Gestione della Sicurezza, con particolare attenzione a piccole e micro-imprese

##### **AZIONE 4 Pagamento telematico sanzioni SPISAL**

Termine previsto 2020

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** previsto

*In collaborazione con:* Direzione ICT e Agenda Digitale

descrizione Avvio del percorso per garantire la possibilità di pagare telematicamente, in un'ottica di semplificazione dei rapporti con la Pubblica Amministrazione, le sanzioni irrogate dai Servizi SPISAL

#### **AREA 7 – Collaborazioni**

La ricerca di soluzioni efficaci per aumentare i livelli di tutela di salute e sicurezza si realizza anche attraverso il rinforzo delle relazioni interistituzionali e la stabilizzazione delle relazioni tra sistema SPISAL e soggetti aziendali della prevenzione.

#### **Prima fase**

##### **AZIONE 1**

**Rinforzo delle relazioni con soggetti aziendali della prevenzione** termine previsto 2018

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** previsto

descrizione Rinforzo, anche in collaborazione con gli enti bilaterali, delle relazioni con i soggetti aziendali della prevenzione (RLS/RLST, RSPP, Medici Competenti), finalizzato prioritariamente al coinvolgimento in incontri a livello provinciale su temi specifici (es. importanza della riunione periodica)

##### **AZIONE 2 Tirocinio formativo e di orientamento**

Termine previsto 2018

responsabile **Direzione Lavoro**

*In collaborazione con:* INL

descrizione Attivazione di un canale telematico per un costante scambio di informazioni tra l'Ispettorato Nazionale del Lavoro e la Regione del Veneto al fine di garantire il miglior utilizzo dello strumento del tirocinio anche attraverso un'efficace attività repressiva degli abusi e degli usi distorti della misura di politica attiva del tirocinio

#### **Seconda fase**

##### **AZIONE 3 Osservatorio cantieri edili**

Termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** previsto

*In collaborazione con:* Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 d.lgs. 81/2008)

descrizione Istituzione, nell'ambito del Comitato Regionale di Coordinamento, di un osservatorio finalizzato all'analisi dei dati dei cantieri edili in merito a sicurezza e regolarità

##### **AZIONE 4 Revisione strumenti operativi realizzati**

Termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** previsto

*In collaborazione con:* Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 d.lgs. 81/2008)

descrizione Perfezionamento e aggiornamento degli strumenti operativi realizzati in collaborazione tra Pubblica Amministrazione e Parti Sociali e individuazione di altre soluzioni (linee guida, buone prassi)

##### **AZIONE 5 Collaborazione con INAIL per la ricollocazione degli invalidi del lavoro**

Termine previsto 2019

responsabile **Direzione Lavoro** previsto

*In collaborazione con:* INAIL Direzione Regionale Veneto

descrizione Avvio di una collaborazione istituzionale con INAIL per garantire ai lavoratori coinvolti in infortuni, le cui conseguenze non consentono il proseguimento della precedente attività lavorativa, un re-ingresso nel mercato del lavoro. I servizi attivabili saranno di varia natura, dal supporto nella ricerca di nuova occupazione, ad interventi di riqualificazione professionale, dalla rimozione di ostacoli alla predisposizione degli ausili eventualmente necessari

##### **AZIONE 6 Progettazione del Piano Regionale della Prevenzione 2020-2024**

Termine previsto 2019

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** previsto

*In collaborazione con:* INAIL Direzione Regionale Veneto

descrizione Collaborazione, nel rispetto delle rispettive competenze, nelle fasi di progettazione del prossimo Piano Regionale della Prevenzione 2020-2024, in attuazione del rispettivo Piano Nazionale

#### **AREA 8 – Comunicazione**

Assume una valenza strategica il miglioramento delle iniziative di comunicazione, sia interna al sistema pubblico della prevenzione, sia esterna, finalizzate prioritariamente alla diffusione di documenti tecnici su rischi specifici e misure di prevenzione, alla pubblicazione di report sull'andamento dei danni acuti e cronici da lavoro e alla pubblicizzazione di eventi informativi/formativi a livello locale, regionale e nazionale.

##### **Prima fase**

##### **AZIONE 1 Potenziamento sito istituzionale**

Termine previsto

responsabile **Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria** previsto

descrizione Potenziamento del sito istituzionale quale piattaforma per la pubblicazione di documenti tecnici, report (incluso report infortuni mortali aggiornato in temporeale), materiale informativo, risposte a quesiti e per la pubblicizzazione di eventi in materia di salute e sicurezza sul lavoro

##### **Seconda fase**

##### **AZIONE 2 Diffusione dati su infortuni sul lavoro e malattie professionali**

termine

responsabile **Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 d.lgs. 81/2008)** previsto

*In collaborazione con:* Fondazione Scuola di Sanità Pubblica

descrizione Miglioramento della diffusione dei dati raccolti dagli attuali sistemi di sorveglianza, attraverso l'organizzazione di un incontro informativo periodico (annuale) con i portatori di



interesse (sistema pubblico e privato della prevenzione, organi di stampa) per diffondere dati aggiornati e verificati sull'andamento di infortuni sul lavoro e malattie professionali

**2018**

### **AZIONE 3 Ricognizione iniziative di prevenzione avviate**

termine

responsabile **Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 D. Lgs. 81/2008)** previsto

descrizione Realizzazione di un documento unitario con evidenza delle principali iniziative realizzate da parte dei soggetti attivi del sistema pubblico e privato della prevenzione negli ambienti di lavoro

### **AZIONE 4 Sensibilizzazione degli studenti in tema di sicurezza**

Termine previsto 2019

responsabile **Direzione Formazione e Istruzione** previsto

*In collaborazione con:* Comitato Regionale di Coordinamento (art. 7 d.lgs. 81/2008)

descrizione Organizzazione di una campagna di diffusione della cultura della sicurezza per gli studenti delle scuole sulla scorta delle esperienze già maturate

#### **1.1.**

### **MONITORAGGIO, REVISIONE E VALUTAZIONE DEGLI ESITI**

#### **Monitoraggio periodico**

Il monitoraggio periodico degli interventi in materia di tutela della salute e della sicurezza dei Lavoratori descritti nel presente piano sarà condotto dal Comitato Regionale di Coordinamento di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 9 aprile 2008, n. 81, attraverso gli strumenti definiti dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria.

#### **Revisione annuale**

Alla fine di ciascun anno di sviluppo del piano strategico, è prevista la revisione dello stesso e l'eventuale modifica o integrazione in ragione delle esigenze dettate dalle evidenze epidemiologiche e dal contesto socio-occupazionale o dalle previsioni di altri eventuali documenti programmatori intervenuti.

#### **Valutazione degli esiti**

Al termine dello sviluppo del piano di lavoro, è prevista la valutazione degli esiti, sia attraverso i dati epidemiologici forniti dai flussi informativi attivati e dalle conseguenti elaborazioni, sia attraverso i sistemi di valutazione dei risultati previsti a livello nazionale (sistema di valutazione del Piano Regionale della Prevenzione, Nuovo Sistema di Garanzia e indicatori associati).

## **OBBIETTIVO 7 - DAI 0 AI 3 ANNI: I PRIMI MERAVIGLIOSI 1000 GIORNI DI VITA**

I primi anni di vita dei bambini sono fasi di crescita ricchissime di risorse e di potenzialità, e devono essere seguite con grande attenzione da chi si occupa di educazione, di salute e di benessere delle nostre comunità.

Ogni operatore interviene considerando centrali questi primi mille giorni, proponendo azioni e servizi "mirati" per bambine, bambini e i loro adulti di riferimento.

### *premesse*

E' dimostrata l'importanza dei primi anni di vita nello sviluppo dei bambini, in particolare si è appurato che lo sviluppo neurologico e quindi psicologico del bambino avviene in risposta a stimoli sociali e interpersonali, che sono alla base dello sviluppo delle diverse competenze del bambino, delle interazioni tra queste e le sue capacità di apprendere. L'attivazione di interventi domiciliari, per mamme in gravidanza e bambini nei primi mesi di vita sono finalizzati a produrre risultati volti a contribuire a ridurre le diseguaglianze, a sostenere la genitorialità ed a prevenire condizioni di trascuratezza/negligenza nei confronti dei bambini.

Interventi precoci in epoca prenatale e post natale di sostegno ai genitori hanno dimostrato di riuscire ad influenzare gli itinerari di sviluppo dei bambini e delle bambine con esiti valutabili anche a distanza di anni (studi longitudinali di oltre 20 anni) di riduzione delle diseguaglianze.

### *Obiettivi specifici:*

In linea con quanto previsto dalla Commissione Europea nel 2013 combattere lo svantaggio socioculturale nei primi anni di vita è una misura fondamentale per ridurre la povertà e l'esclusione sociale. Ciò è possibile attraverso strategie integrate di sostegno ai neogenitori, nell'accesso al mercato del lavoro, di sostegno al reddito e nell'accesso ai servizi essenziali per la salute e lo sviluppo dei bambini, quali nidi e scuole per l'infanzia, servizi sociali e sanitari, abitazione e ambiente.

Approcci che si basano su modalità di counseling (ascolto partecipativo, osservazione, sostegno, ecc) e di prossimità (servizi per la prima infanzia, interventi domiciliari, home visiting, ecc) sono orientati ad identificare i fattori di rischio ed a supportare la famiglia nell'identificazione delle risorse proprie, della rete familiare allargata e nel contesto sociale e delle modalità per far fronte alle difficoltà. Nello specifico ad esempio l'attivazione di interventi di home visiting o di programmi di intervento universale di sostegno ai genitori sono mirati a favorire la costruzione di legami di attaccamento sicuri nei bambini, aiutare il genitore ad adattare il proprio comportamento allo sviluppo del bambino e facilitare la loro relazione, rafforzare l'autostima della madre, prevenire episodi di negligenza/trascuratezza e situazioni di maltrattamento fisico-psicologico e di abuso.

### *Contenuti:*

- consolidare il sistema dei servizi 0/3 anni potenziando il raccordo con le scuole dell'infanzia, per attuare il sistema formativo 0/6, in particolare promuovendo la sperimentazione di azioni/progettualità/continuità con la scuola dell'infanzia;
- sperimentare azioni centrate sul primo e secondo di anno di vita dei bambini e delle loro famiglie, che vedano una collaborazione tra servizi educativi (nidi...), centri per le famiglie, servizi sanitari (consultori familiari, pediatrie di comunità, neuropsichiatrie infantili, pediatra di libera scelta) e servizi sociali;
- porre un'attenzione particolare a raggiungere, informare, coinvolgere le famiglie straniere e le famiglie svantaggiate; individuando precocemente le situazioni di vulnerabilità nei periodi pre-concezionale, prenatale e nel primo anno di vita, anche attraverso l'attivazione di screening o monitoraggio della vita domestica, degli stili di vita in gravidanza e nel post parto, e di interventi domiciliari;
- sostenere interventi integrati che coinvolgono le diverse opportunità territoriali,

sviluppati da differenti settori (es cultura, sport, ecc) e proposti a tutta la popolazione, come ad esempio la promozione della lettura nella prima infanzia, della musica e dell'attività psicomotoria;

- potenziare e riqualificare la rete dei consultori familiari, anche all'interno dell'organizzazione delle medicine di gruppo integrate per: informare e orientare i genitori, in tutte le fasi di
- crescita dei figli, a partire dalla preconcezione fino all'adolescenza, valorizzando le responsabilità educative, in modo da agire preventivamente rispetto all'insorgenza di possibili disagi familiari; promuovere scelte genitoriali consapevoli ed informate nei giovani e facilitare l'accesso alle consulenze preconcezionali;
- garantire l'accesso ad un'assistenza appropriata ed integrata al percorso nascita con particolare attenzione alle azioni di empowerment della coppia genitoriale ed implementare un'assistenza integrata al puerperio e al sostegno dell'allattamento materno;
- attivare azioni di sostegno alla genitorialità, di prevenzione e cura (es. interventi di educativa domiciliare e/o home visiting e/o altri programmi di intervento);
- promuovere nei contesti di accudimento del bambino (interventi a domicilio), fattori protettivi e di resilienza, stimolando anche la capacità dei genitori (e del contesto allargato) di fruire delle risorse offerte dai servizi socio-educativi e sanitari territoriali.

#### *Beneficiari:*

Donne e coppie in preconcezione e gravidanza, bambini 0/3 anni ed i loro genitori. Neomamme e famiglie con figli piccoli anche in condizioni di vulnerabilità sociale. Individuazione di criteri di priorità nell'attivazione dell'intervento in relazione all'età dei bambini, alle condizioni della madre, ed ai fattori di rischio (ad es. basso livello socio-economico; età della madre <20 anni o nucleo monoparentale; basso livello di scolarizzazione; mancanza di supporto familiare, stato depressivo materno o depressione post-partum, ecc.).

#### *Elementi di trasversalità/integrazione:*

- la programmazione e realizzazione di tali interventi richiede il coordinamento e sinergia con i servizi educativi 0-3 anni, Consultori Familiari, Pediatrie di Comunità, Punti Nascita, servizi infanzia adolescenza famiglia, Centri per le Famiglie, Servizi sociali, Servizi di Neuropsichiatria Infantile, Servizi Specialistici in caso di patologie specifiche (es. SerT, Salute Mentale, ecc.) i coordinamenti pedagogici;
- monitorare situazioni di rischio attivando eventuali interventi specialistici e/o di tutela. Servizi coinvolti: Dipartimento area materno infantile, Consultori Familiari, Punti nascita, Pediatria di Comunità, servizi Infanzia Adolescenza Famiglia, Sert, Salute Mentale, Servizi Sociali, Servizi Educativi, Neuropsichiatria Infantile, Enti locali, Terzo settore, Associazionismo.

#### *Indicatori:*

1. sperimentare un progetto integrato tra servizi sociali, sanitari ed educativi nei primi anni di vita dei bambini e delle loro famiglie, almeno in ogni ambito di Distretto;
2. N. utenti per visite/consulenze in puerperio /totale donne che hanno partorito nell'anno;
3. Numero di presa in carico condivisa dall'area socio sanitaria e I Comuni;
4. N. donne per cui è richiesta una valutazione complessa /totale donne in carico (gravide, puerpere, dimesse).

## **OBBIETTIVO 8 - RUOLO DEI COMUNI**

Nel nuovo Piano sociale e sanitario 2019 – 23 le Conferenze dei Sindaci sociali e sanitarie - composte dai sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale di ogni Azienda Ulss - e appartenenti ai Comitati di distretto, rafforzano il proprio ruolo di coordinamento e integrazione e si connotano prioritariamente come sedi di connessione e snodo tra le programmazioni e gli indirizzi, da un lato regionali, dall'altro distrettuali.

Tra le funzioni di controllo, le **Conferenze dei sindaci sociali e sanitarie e i Comitati distrettuali dei Sindaci** esprimono pareri obbligatori sui bilanci pluriannuali di previsione, sui bilanci preventivi e sui bilanci d'esercizio delle Aziende ulss e trasmettono alla Regione osservazioni per le eventuali disposizioni della Giunta regionale.

In materia di programmazione, partecipano alla definizione dei bisogni, alla valutazione della funzionalità dei servizi sanitari e della loro distribuzione nel territorio e redigono, attraverso l'articolazione nei Comitati dei distretti, in collaborazione con l'ulss, attraverso il direttore dei servizi socio sanitari, il Piano di zona.

Promuovono e coordinano accordi e intese tra i Comuni e le Aziende Ulss per migliorare l'integrazione tra servizi sociali e servizi sanitari. Esprimono un parere formale sulla nomina dei direttori generali delle Aziende sanitarie.

Inoltre **l'ambito distrettuale** è l'articolazione delle Ulss e Comitato dei sindaci territoriale in cui gli Enti locali e gli altri soggetti istituzionali esercitano le funzioni di regolazione, programmazione, governo, verifica e realizzazione dei servizi sociali e socio-sanitari.

Il comitato dei sindaci di ambito distrettuale – in quanto associazione dei Comuni di quell'ambito – si connota sempre più come nodo della governance locale per lo sviluppo delle politiche di welfare, come luogo della programmazione integrata volta a dare ai cittadini di più Comuni servizi articolati in base ai loro bisogni, e la garanzia degli stessi diritti.

Aziende Ulss e Comitati dei sindaci pianificano il welfare in ottica distrettuale, in modo da rendere incisiva l'azione programmatica e di verifica coinvolgendo gli attori sociali sia interni alle istituzioni/organizzazioni sia esterni, per un costante confronto sulle priorità, sulle azioni innovative e sul ri-orientamento dei servizi.

I **Comitati dei sindaci di Distretto** riuniscono gli amministratori dei Comuni di ogni Distretto dell'Azienda Ulss. Il Comitato di Distretto elabora e approva i Piani di zona distrettuale per la salute e il benessere sociali con i relativi Piani attuativi annuali.

Per quanto riguarda la procedura di costruzione e gestione del Piano di zona, la struttura organizzativa prevede: un organo di governo politico, costituito dall'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci del territorio e dalla Direzione Generale dell'Azienda ULSS che si avvale a questo fine del Direttore dei Servizi Sociali; un gruppo di coordinamento tecnico, nominato in ciascun territorio dall'organo di governo politico, presieduto dal Direttore dei Servizi Sociali e costituito dai referenti dei tavoli tematici e dai componenti dell'Ufficio di Piano, con la funzione di seguire dal punto di

vista tecnico e metodologico le attività necessarie alla costruzione e gestione del piano di zona; i tavoli tematici, definiti a livello territoriale, rappresentano l'articolazione organizzativa attraverso la quale si realizza il coinvolgimento degli attori del territorio e si concretizza il processo di confronto territoriale;

Appare necessario l'attualizzazione dei Piani di zona, attraverso linee di indirizzo che dopo la definizione dei bisogni espressi dalla comunità di riferimento (popolazione, servizi, capitale sociale, progetti e potenzialità presenti, caratteristiche del territorio...) attivi risposte partecipate e condivise; occorre introdurre nelle linee di indirizzo oltre ai temi ormai classici di riferimento, (disabilità, salute mentale, dipendenze, infanzia adolescenza e famiglia, anziani e immigrazione) una particolare attenzione ai temi del **contrasto alla povertà**, alla luce anche dell'attivazione del REI e dell'applicazione nella nostra Regione del SIA. In particolare il REI viene erogato con gli stessi bacini di utenza dei Distretti.

Altro tema ormai imprescindibile è **la cronicità** e la non autosufficienza. Appare opportuno attivare tutte le forme di collaborazione sia nella fase di programmazione che in quella esecutiva.

Si prevede l'attivazione del **tavolo di lavoro** con il coinvolgimento dei Medici di medicina generale, dei Centri Servizi per Anziani in particolare delle Ipab, degli enti locali, delle cooperative degli assistenti familiari, del direttore di distretto e del direttore dei servizi sociosanitari per quanto riguarda in particolare l'elaborazione del Piano domiciliarità distrettuale.

I Comuni sono chiamati a collaborare per attivare **il monitoraggio regionale degli anziani** che vivono da soli e hanno quindi bisogno di una particolare rete di tutela. Questa attività qualificherà tra l'altro il nuovo Piano di Zona.

## OBBIETTIVO 9 - PROGRAMMAZIONE INVESTIMENTI DELLE ULSS, AZIENDE E IOV

### Relazione

Appare necessario, anche alla luce delle scarse risorse a disposizione attivare un'attenta programmazione degli investimenti per nuove strutture ospedaliere e per la manutenzione straordinaria e ordinaria di quelle esistenti, anche alla luce della trasformazione dell'utilizzo delle stesse, a seguito dell'applicazione del DM 70 del 2015 e del Piano Nazionale Esiti e dell'attivazione delle strutture intermedie.

### Descrizione

Nel Veneto ci sono ... strutture ospedaliere con la funzione di hub e spoke, riabilitative o contenenti strutture intermedie; alcune di queste hanno bisogno di interventi per la messa a norma dal punto di vista sismico, come già previsto dal piano regionale interventi per la messa a norma degli immobili sanitari, altre hanno la necessità di una manutenzione straordinaria o di nuovi interventi costruttivi per dare risposte adeguate in termini di assistenza e intervento di cura.

Fondamentale è poi la realizzazione del nuovo polo della salute di Padova che, anche in riferimento alle prossime celebrazioni degli otto secoli di storia dell'università patavina e alle attese pluridecennali della nuova struttura in grado di dare futuro internazionale all'eccellenza della sanità veneta, appare in procrastinabile. L'accordo stipulato tra regione, azienda e università, provincia e comune di Padova

Impegna la Regione ad accelerare la realizzazione del nuovo polo della salute di Padova.

### Azione

Ogni Azienda ulss, le Aziende ospedaliere e lo Iov elaborano e presentano la programmazione triennale degli investimenti all'azienda Zero che a sua volta lo trasmette al Consiglio regionale;

Il Consiglio regionale approva il piano triennale degli investimenti e dà mandato alla giunta predisporre il piano annuale degli investimenti, approvato previo parere della commissione competente.

La realizzazione del Nuovo Polo della Salute di Padova procede in base all'accordo sottoscritto e firmato il 27 luglio del 2018 da Regione, Azienda e università di Padova, Provincia e comune di Padova.

### Indicatori

Rispetto della programmazione triennale, verificato attraverso l'approvazione dei piani annuali;

Sostenibilità degli investimenti nel bilancio delle aziende ulss e delle aziende ospedaliere e dello Iov;

Monitoraggio della realizzazione degli interventi con relazione annuale da parte dei soggetti appaltanti alla commissione competente

## **OBBIETTIVO 10 - VERIFICA DEL PSSR 2019/23: IL TAVOLO PERMANENTE DI MONITORAGGIO**

Di fronte alla complessità degli obiettivi presentati nel nuovo Piano socio sanitario Veneto, in mancanza della identificazione delle priorità della realizzazione degli obiettivi stessi, alla luce anche del presupposto che le risorse rimangono invariate, appare necessari attivare uno strumento che controlli l'attivazione e lo sviluppo del nuovo PSSR. Il Tavolo permanente di monitoraggio esterno all'Azienda Zero che alla pari delle Aulss, delle Aziende e dello Iov, diventa gestore ed esecutore del PSSR.

### **Descrizione**

Con Atto di Giunta Regionale, previo parere della competente commissione verrà costituito il "Tavolo permanente di monitoraggio" con il compito di verificare periodicamente lo stato di attuazione degli interventi previsti nel nuovo PSSR 2019/23.

Il Tavolo permanente di monitoraggio dovrà essere costituito da tutti gli Attori più significativi del Sistema socio sanitario istituzionali ed associativi e per l'espletamento del suo mandato potrà avvalersi di metodi di confronto partecipativi. In particolare si avvarrà della collaborazione di Azienda Zero e delle Aziende ulss, aziende ospedaliere e dello Iov. Ne faranno parte tre consiglieri regionali, due della minoranza e uno della maggioranza.

### **Indicatori**

Ogni anno il tavolo permanente di monitoraggio attraverso una specifica relazione aggiornerà la commissione consiliare socio sanitaria dello sviluppo e del raggiungimento degli obiettivi descritti dal nuovo piano socio sanitario;

## OBBIETTIVO 11 - UMANIZZAZIONE DELLE CURE E DEI SERVIZI

### Descrizione

Riprendendo alcune delle proposte presenti nel PSSR veneto del 2012, e preferendo utilizzare la locuzione "Umanizzazione delle cure e dei servizi", maggiormente in linea con la riflessione, anche bioetica, di carattere internazionale, potremmo sinteticamente sostenere che con una tale espressione s'intende designare quella componente relazionale-comunicativa senza la quale l'azione terapeutica risulta essere parziale e non adeguata.

Riprendendo la nota distinzione inglese tra cure e care, si potrebbe affermare che l'intervento medico, per essere tale, deve contemplare sia il rispetto di adeguati standard diagnostici, terapeutici e prognostici, accreditati scientificamente (*cure*), sia l'attenzione per ogni singolo paziente, attraverso un'informazione completa, una comunicazione empatica, l'alleviamento del dolore e della sofferenza (*care*). Questi due momenti non possono essere scissi tra loro. E' compito del SSSR e di ciascuna attività delle Aziende ULSS e Ospedaliere far sì che i luoghi di cura e gli interventi sanitari siano in grado di garantire il rispetto di questo duplice requisito, ponendo al centro il paziente (*patient centered*).

Ciò richiederà di promuovere una rinnovata consapevolezza deontologica e professionale da parte dei medici e degli operatori sanitari. A tale proposito merita ricordare quanto si legge all'art. 1, c. 8, della recente legge n. 219/2017 su *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*: "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura". Tale impegnativa affermazione è fra l'altro ripresa dall'art. 20 del Codice di Deontologia Medica (2014). La legge 219 riconosce inoltre, a buona ragione, la necessità di includere nella formazione iniziale e continua dei medici e degli operatori sanitari un percorso formativo in materia di relazione e di comunicazione (art. 1, c. 10).

attività

Sulla base di questi orientamenti un piano articolato per promuovere l'umanizzazione delle cure e dei servizi prevede quanto già in parte sostenuto nel piano del 2012 ovvero:

- 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.
- per facilitare l'accesso ai servizi, rafforzare il meccanismo dello Sportello Unico e la Cot, già previsto con specifici provvedimenti regionali e diretto ad avere un unico punto di riferimento per il cittadino anche a fronte di esigenze diversificate;
- migliorare l'accesso ai servizi, promuovendo e consolidando le esperienze di sportelli polifunzionali e ponendoli in raccordo operativo con gli sportelli dei Comuni, al fine di semplificare ulteriormente azioni e processi di accompagnamento della persona;
- promuovere una capillare e trasparente informazione ai cittadini sui servizi che si erogano nelle strutture socio-sanitarie, attraverso gli strumenti di comunicazione delle Ulss (carta dei servizi, siti *web*, bollettini periodici), favorendo anche la condivisione delle regole di funzionamento del SSSR;
- sviluppare un coordinamento a livello regionale delle informazioni al cittadino e attivare il coordinamento regionale degli URP coinvolgendo la rete delle Aziende ULSS ed Ospedaliere, le società scientifiche, le farmacie territoriali, le Conferenze dei Sindaci (o Esecutivi), le diverse competenze professionali, al fine di garantire validità delle informazioni ed uniformità contenutistica;



- favorire la comunicazione tra professionisti socio-sanitari e assistiti, adottando linee guida e corsi di formazione in grado di orientare la modalità, di volta in volta preferibile, con cui trasmettere le informazioni al paziente e coinvolgerlo nelle scelte;
- sviluppare una forte attività di raccordo tra i servizi socio-sanitari e i contesti sociali e territoriali di appartenenza dei pazienti.
- diffondere la cultura dell'empowerment, quale strumento per compiere in modo responsabile le scelte che riguardano il proprio stato di salute e adottare stili di vita consoni (contrasto al tabagismo, all'alcolismo, al gioco d'azzardo...)
- adottare modelli di accoglienza degli assistiti e dei familiari nei luoghi di pronto soccorso, differenziando i percorsi di accoglienza oltre che per la pediatria anche per le persone disabili e per le persone anziane, orientativamente over 70
- porre in atto metodologie con cui valutare periodicamente il grado di soddisfazione dell'utente in merito all'assistenza ed ai servizi di cui ha fruito, nell'ottica di rimediare ad eventuali lacune o omissioni.

Sulla base del principio autorevolmente affermato che "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura" sarà importante:

- promuovere progetti di formazione volti a
  - fornire a tutti gli operatori una preparazione professionale sui problemi delle relazioni e della comunicazione;
  - preparare adeguatamente gli operatori impegnati nel primo livello di accoglienza;
  - sviluppare un'attività di psicologia clinica ospedaliera all'interno dei presidi ospedalieri ed in stretta sinergia con i servizi territoriali, con funzioni di diagnosi, sostegno, psicoterapia breve, nonché formazione/supervisione degli operatori sanitari e promozione della salute in ambito psicologico anche del personale aziendale ospedaliero;

Nella prospettiva di rendere effettiva l'integrazione di *care* e *cure* andrà promosso un utilizzo appropriato delle terapie a maggiore efficacia antalgica, specie nelle patologie oncologiche; ugualmente, in conformità a quanto stabilito dalla legge 38/2010, andranno promosse le cure palliative e la terapia del dolore, superando la logica della settorializzazione che le confina riduttivamente nel fine vita.

La Regione entro il 28 febbraio del 2019 predisporre il Registro regionale informatizzato delle Dat, Dichiarazione Anticipate di Trattamento, così come previsto dal comma 7 dell'art.4 della legge 219 del 22/12/2017 "Norme in materia di consenso informato e di dichiarazione anticipate di trattamento"

Si sottolinea, infine, come l'umanizzazione delle strutture socio-sanitarie sia correlata anche al governo economico del SSSR: ridurre l'abuso dei farmaci, evitare le ospedalizzazioni non necessarie, fare un uso più appropriato degli accertamenti diagnostici, contenere gli interventi chirurgici sono alcuni elementi utili ad orientare le prestazioni, ponendo la persona al centro di ogni intervento assistenziale. E numerosi studi mostrano come le pratiche di umanizzazione si riflettono positivamente in una drastica diminuzione di contenziosi legali e indirettamente in una diminuzione di tutti quei costi impropri provocati dalla cosiddetta medicina difensiva.

Fondamentale è poi ribadire l'importanza del ruolo del Comitato etico regionale e dei Comitati etici aziendali per la pratica clinica e per la sperimentazione clinica;

I Comitati etici locali vanno poi coinvolti nella formazione delle varie figure professionali. A tal fine si possono prevedere:

- possibili iniziative quali per esempio l'accreditamento denominato Umanizzazione delle cure e dei Servizi per quei servizi/reparti che intendono partecipare ad un percorso

specifico (per es. un servizio/reparto aderisce al progetto di umanizzazione dei servizi e delle cure perché:

- o *Ascolta il cittadino-paziente*
- o *Cerca le giuste soluzioni per ogni persona*
- o *Accoglie nel modo migliore ...*
- o *Attua ogni forma di tutela del paziente per evitare errori e/o danni (es. un breve manifesto di impegni)*

- istituzione di un Osservatorio Aziendale sul processo di umanizzazione e raccolta sistematica di tutte le iniziative svolte dalle Aziende ULSS con
  - o definizione degli indicatori di valutazione del processo di umanizzazione
  - o segnalazione delle prassi di eccellenza
  - o costituzione di una banca dati
  
- realizzazione di una Carta aziendale dell'umanizzazione dei servizi e delle cure, stilata con il contributo determinante del Comitato Etico e dopo un adeguato processo di formazione e coinvolgimento di tutti i soggetti interessati.

## OBBIETTIVO 12 - AUTISMO

“La sindrome autistica, pur essendo probabilmente più invalidante di tante malattie fisiche e mentali, non è né l’una né l’altra; essa, infatti, non inizia né finisce, bensì è un modo di essere che accompagna la persona per tutta la vita”.

I disturbi dello spettro autistico sono una patologia dello sviluppo neuro-psicologico altamente invalidante, che nella quasi totalità dei casi perdura anche in età adulta e il cui decorso dipende in buona parte dalla precocità e specificità degli interventi abilitativi attivati in età evolutiva. Ricerche epidemiologiche recenti hanno indicato una prevalenza di 1/150. Negli ultimi 20 anni sono stati superati i trattamenti basati sulla teoria, rivelatasi errata, dell’origine psicologica dell’autismo, che colpevolizzava i genitori, in particolare la madre; oggi è condivisa l’origine biologica, anche se la causa resta sconosciuta e non esiste alcun trattamento che assicuri la guarigione.

È stato dimostrato che interventi precoci e intensivi, basati su metodiche validate dalla ricerca internazionale, consentono importanti miglioramenti e significativa riduzione della disabilità. Le linee guida italiane e internazionali e il Documento conclusivo del Tavolo Nazionale Autismo del Ministero della Salute indicano negli interventi cognitivo-comportamentali quelli più efficaci nel trattamento dei disturbi autistici e sottolineano la necessità di mettere a punto specifici percorsi per i disturbi autistici al fine di ridurre, attraverso interventi precoci, la grave disabilità che nella maggior parte dei casi permane per tutta la vita.

La Legge del 18 agosto 2015 n. 134 *‘Disposizioni in materia di diagnosi, cura e abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico e di assistenza alle famiglie’*, prevede interventi finalizzati a garantire la tutela della salute, il miglioramento delle condizioni di vita e l’inserimento nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico e provvede all’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, con l’inserimento, per quanto attiene ai disturbi dello spettro autistico, delle prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l’impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili. L’art. 3 definisce il ruolo delle Regioni: spetta alle Regioni il compito di garantire il funzionamento dei Servizi di assistenza sanitaria alle persone con disturbi dello spettro autistico, stabilendo percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti, verificandone l’evoluzione, e adottando misure idonee al conseguimento degli obiettivi definiti dalla legge. Le Regioni possono individuare Centri di riferimento con compiti di coordinamento dei servizi stessi nell’ambito della rete sanitaria regionale.

La Regione del Veneto con DGR 2959 del 2012 ha approvato le *Linee di indirizzo regionali per i Disturbi dello Spettro Autistico (ASD)* che costituiscono le raccomandazioni finalizzate a migliorare la programmazione degli interventi socio-sanitari, sociali ed educativi a favore delle persone con autismo e delle loro famiglie in tutto l’arco della vita. Forniscono indicazioni omogenee per la programmazione e verifica delle attività per minori ed adulti affetti da autismo per migliorare le prestazioni della rete dei servizi, favorire il raccordo ed il coordinamento tra tutte le aree operative coinvolte.

Il trattamento abilitativo nei disturbi dello spettro autistico richiede competenze specialistiche e multidisciplinari, deve essere coordinato da un esperto, combinato tra le varie forme di intervento a seconda delle esigenze del singolo ed integrato nei diversi contesti di vita. Deve prevedere, inoltre, il coinvolgimento attivo e formato delle altre agenzie coinvolte (scuola, genitori, privato accreditato, operatori privati). La caratteristica di intensità è una peculiarità che riguarda la fascia prescolare, periodo nel quale c’è una finestra di responsabilità maggiore al trattamento dovuta ad una maggior plasticità cerebrale. Tuttavia, un intervento per l’autismo è un intervento abilitativo

che perdura per tutto l'arco di vita, variando nel tempo a seconda delle esigenze del singolo, ed è volto a sostenere il miglioramento delle condizioni di vita, l'inserimento sociale e lavorativo.

Alla luce delle indicazioni contenute nella legge 134/2015 la Regione ha istituito i Centri di riferimento per la diagnosi precoce, l'intervento abilitativo e il sostegno alle famiglie dei pazienti con Disturbi dello Spettro Autistico, per generare buone prassi e percorsi definiti e che effettuino formazione e supervisione agli altri Servizi Pubblici e Privati Accreditati della Regione, alle famiglie e alla scuola.

i 2 Centri di riferimento, tra loro coordinati, sono:

- uno specializzato nella diagnosi precoce, gli accertamenti eziologici e medici e l'intervento abilitativo precoce dell'età evolutiva;
- uno che si occupa dell'intervento abilitativo in adolescenti e giovani adulti (compresi gli alti funzionamenti e la sindrome di Asperger).

L'obiettivo dei due Centri di riferimento è sovrapponibile: garantire la qualità dell'inquadramento diagnostico e dell'intervento sull'individuo, mediante non solo l'erogazione di interventi diretti, ma anche la formazione e supervisione delle equipe dei servizi territoriali.

I due Centri hanno sede a Verona – Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata/UO

Neuropsichiatria Infantile e l'altro a Treviso – Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana/UO Neuropsichiatria Infantile

I Centri hanno il compito di garantire la promozione del coordinamento degli interventi e dei servizi per assicurare la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nel corso della vita della persona affetta da disturbo dello spettro autistico. Ruolo importante dei Centri è garantire la formazione alle equipe territoriali dedicate, basata sulle più recenti evidenze scientifiche, incentivando progetti dedicati alle persone con autismo e al sostegno delle famiglie. I Centri dovranno garantire uno stretto raccordo tra loro e con le equipe territoriali, favorendo anche la collaborazione e l'integrazione con le strutture semiresidenziali e residenziali accreditate, pubbliche e private, presenti nel territorio, che detengono competenze specifiche sui disturbi dello spettro autistico, ed in grado di effettuare la presa in carico di soggetti minori, adolescenti e adulti.

#### AZIONI dei Centri di riferimento e dei servizi territoriali

- Assicurare una diagnosi accurata, precoce e tempestiva che consenta una presa in carico precoce anche attraverso la promozione della formazione e dell'integrazione tra le diverse figure sanitarie coinvolte (Pediatri di Libera Scelta, Specialisti);
- Migliorare la qualità dei piani terapeutici nei primi anni di vita, garantendo un trattamento intensivo e basato sulle evidenze, una presa in carico locale e accessibilità a livelli essenziali di trattamento su tutto il territorio regionale;
- Razionalizzare l'organizzazione dei servizi sul modello della multiprofessionalità, identificando e sviluppando competenze distintive in tema di autismo e introducendo modalità di lavoro proprie del modello delle "reti cliniche". Questo obiettivo deve essere raggiunto anche attraverso accordi interaziendali che favoriscano le sinergie e sussidiarietà necessarie a garantire una presa in carico appropriata;
- Assicurare la frequenza alle situazioni educative normalmente utilizzate da tutti i bambini (nido, scuola per l'infanzia, primaria, media inferiore e superiore).

#### Passaggio dai servizi per l'età evolutiva ai servizi per l'età adulta

Le uLSS dovranno individuare le modalità attraverso cui deve avvenire il passaggio, ai 18 anni, della presa in carico di soggetti con DPS dai servizi per l'età evolutiva a

quelli per l'età adulta, passaggio che deve garantire la continuità del percorso sanitario-educativo-assistenziale.

### *Coordinamento regionale e centri di riferimento per l'autismo*

Al fine di avviare le procedure e le modalità di lavoro previste si ritiene opportuno istituire il **Coordinamento Regionale per l'Autismo** sia per l'età evolutiva che per l'età adulta e i Disturbi Pervasivi dello Sviluppo. Tale Coordinamento è costituito dalle Aziende di Verona e Treviso, quali centri regionali e dai centri territoriali di riferimento presenti nelle altre ulss

Al Coordinamento Regionale è richiesto un ruolo guida nella promozione e nel miglioramento dei percorsi assistenziali

attraverso gli accordi interaziendali utili a favorire le sinergie necessarie a garantire una presa in carico appropriata.

Il coordinamento per l'autismo si incontra con frequenza minima bimestrale e opera con i seguenti obiettivi:

- Promuovere da parte delle ulss la definizione dei percorsi territoriali di valutazione e trattamento, raccogliarli e analizzarli suggerendo possibili azioni correttive;
- Promuovere e orientare gli interventi formativi per gli operatori;
- Promuovere e verificare, a livello locale, le modalità di lavoro adottate al fine del trasferimento di competenze agli operatori nelle scuole.

Il coordinamento per l'autismo riporta alla Regione semestralmente i risultati della propria attività.

Obiettivi prioritari di tutti i servizi coinvolti nella rete sono:

il sostegno della famiglia che si configura come una risorsa indispensabile ed unica: la famiglia è caposaldo di qualunque intervento ed è attraverso il suo coinvolgimento, formazione e consenso che può svilupparsi un efficace ed appropriato intervento. L'alleanza terapeutica con la famiglia, la definizione congiunta di un percorso di vita, l'attenzione al contesto sono elementi imprescindibili nella definizione di ogni intervento. Solo in tal senso è possibile parlare di intervento personalizzato, continuativo ed evolutivo;

l'inclusione scolastica e sociale: il raggiungimento della maggiore e migliore autonomia possibile – unica vera fonte di benessere personale e di risparmio sociale ed economico – è immediatamente verificabile negli ambienti di vita. Si ritiene quindi essenziale favorire il miglioramento dei processi comunicativi tra famiglia, scuola e servizi del territorio, che consentano la formulazione dei percorsi personalizzati previsti dal Progetto Multidisciplinare, L'attuazione del percorso scolastico dell'alunno/studente dovrà garantire la realizzazione di percorsi formativi mirati alla conoscenza della patologia e alle strategie possibili da attuarsi sia in ambito didattico che

educativo; il monitoraggio del percorso scolastico dovrà considerare, in una prospettiva sinergica, il più alto livello di integrazione del bambino/studente nel gruppo classe e di acquisizione di strumenti formativi.

La scuola ed in particolare il lavoro svolto dagli insegnanti si configura quale intervento educativo/formativo inserito a tutti gli effetti nel progetto terapeutico e psico/educativo.

La rete dei servizi sanitari per l'età evolutiva concorre, inoltre, al raggiungimento

dei seguenti obiettivi :

diagnosi precoce e costruzione del progetto terapeutico e psico-educativo:

l'autismo, richiede processi diagnostici precoci in quanto l'evoluzione della patologia medesima dipende dal tipo di interventi abilitativi attivati già nella primissima infanzia e dalla messa in atto di precise metodologie basate sull'evidenza scientifica;

valutazione bio-psico-sociale secondo la classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF);

impiego di metodi e strumenti basati sulle Linee Guida nazionali ed internazionali che offrono le migliori evidenze scientifiche disponibili, nell'ambito di interventi individualizzati e costantemente valutabili nella loro efficacia;

definizione dei percorsi diagnostici e terapeutici in un'ottica di appropriatezza, finalizzati ad assicurare una presa in carico globale, in rete con tutti i servizi coinvolti, e continua della persona e della sua famiglia, garantendo l'equità di accesso e di trattamento delle persone che necessitano di prestazioni di cura e di assistenza.

valutazione del percorso regionale ed aziendale attraverso il flusso informativo ;

definizione protocollo diagnostico omogeneo a livello regionale, dando mandato al settore

Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali,

### **Ulteriori proposte**

nella programmazione dei nuovi triage del pronto soccorso e dei relativi locali siano inseriti percorsi per pazienti non collaboranti da svolgere in adeguati locali e con personale specificatamente formate; questi percorsi dovrebbero continuare anche in caso di ricovero, analogamente ai percorsi avviati in altre regioni col progetto Dama (Disable Advanced Medical Assistance), da realizzare in alcuni ospedali di riferimento a livello regionale;

considerato che i dipartimenti di sanità mentale sviluppano modelli innovativi di intervento per le patologie emergenti, ve ne siano previsti di specifici per gli adulti con la sindrome autistica, favorendo un percorso per le persone con tale disturbo che sia volto a mantenere i livelli di autonomia raggiunti e ad evitare che il trattamento educativo sia sostituito da quello farmacologico;

nei servizi per i minori sia prevista specificatamente la presa in carico delle sindromi autistiche;

i centri di riferimento per i disturbi autistici istituiti dalla Regioni si occupino anche di ricerca, in particolare quello di Verona, e vengano inseriti in strutture interdipartimentali, al fine di garantire un collegamento funzionale con gli altri servizi, in particolare quelli territoriali .

istituire in ogni ulss **il Nucleo territoriale DPS**, composto da tutti gli operatori di riferimento per la presa in carico di minori con autismo (neuropsichiatra infantile, psicologo, logopedista, terapeuta neuropsicomotricità, educatore) secondo il principio dell'integrazione multi-professionale (e del superamento del criterio della consulenza); i Nuclei DPS dovranno avvalersi anche della competenza dei centri di riferimento regionale di Verona e teviso anche per adottare i provvedimenti necessari a definire l'iter diagnostico ed il programma di trattamento per l'età evolutiva nel rispetto delle indicazioni cliniche fornite dai tavoli tecnici;

di stabilire che i Dipartimenti di Salute Mentale in collaborazione con i Centri di riferimento regionale, in riferimento alle linee di indirizzo fornite dalla Regione e alle Linee Guida presenti a livello nazionale e internazionale, formuleranno i Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) a livello locale, atti a definire il percorso valutativo e di intervento per i disturbi dello spettro autistico in età adulta;

di istituire il Coordinamento integrato regionale per l'autismo e i DPS rivolto all'età evolutiva e all'età adulta e composto dal Coordinamento regionale per l'Autismo in età evolutiva e dal Coordinamento regionale per l'Autismo in età adulta con le funzioni descritte in premessa.

## **OBBIETTIVO 13 – SUI PFAS E SULLA CONTAMINAZIONE**

Rafforzare le strategie di sanità pubblica per contrasto alla contaminazione da Sostanze Perfluoralchiliche (famiglia di composti chimici, prodotti dall'uomo, utilizzati per rendere i materiali resistenti ai grassi e all'acqua) che interessa una parte del territorio regionale. In alcuni Comuni del Veneto si è verificato un inquinamento da PFAS delle acque a partire dagli anni '70. Le Strutture regionali della Sanità sono venute a conoscenza di tale fenomeno nel 2013 attraverso la relazione elaborata dall'Istituto di Ricerca sulle Acque - CNR, trasmessa dal Ministero della Salute. Da allora, la Regione del Veneto ha messo in atto numerose azioni, come l'individuazione dell'area di contaminazione e della principale fonte responsabile; la messa in sicurezza della distribuzione dell'acqua potabile e la mappatura ed il controllo dei pozzi privati; l'avvio di uno studio di biomonitoraggio; l'avvio di studi retrospettivi ed ecologici sulle patologie tumorali; l'istituzione di Gruppi di lavoro ad hoc e di una specifica Commissione sul tema. Nell'ottica della fondamentale importanza di tutelare la salute pubblica, anche nei prossimi anni, si intende portare avanti le azioni finora intraprese, con particolare riferimento al monitoraggio degli alimenti e alla presa in carico della popolazione esposta con la continuazione di un programma di screening di livello con approfondimenti specialistici. In aggiunta è resa disponibile e volontaria la possibilità di riduzione delle sostanze nel sangue attraverso procedure cliniche di plasmferesi o di scambio plasmatico a seconda delle concentrazioni di PFAS nel sangue. Intende, inoltre, avviare una più approfondita valutazione epidemiologica di tipo prospettico retrospettivo e approfondire le valutazioni epidemiologiche sui lavoratori della Ditta. E' in fase di valutazione l'ampliamento del Piano di sorveglianza ad altre fasce di età, oltre alla valutazione specifica dell'esposizione per sottogruppi di popolazione. Si ritiene, inoltre necessario ampliare i sistemi di comunicazione alla popolazione attraverso la diffusione di materiale informativo e l'implementazione del sito istituzionale regionale.

migliorare i processi partecipativi considerando le istanze provenienti dalla popolazione in tema di programmazione e gestione di attività che hanno impatto sull'ambiente e sulla salute;

PUNTI SINTETICI DI CONTENUTO SANITARIO:

PIANO DI SORVEGLIANZA SANITARIA SULLA POPOLAZIONE ESPOSTA AI PFAS MESSO IN ATTO DALLA REGIONE CON DGR 2133/2016.

1A) popolazione oggetto del piano di sorveglianza:

il dosaggio dei Pfas nel sangue dei cittadini delle zone colpite, venga esteso anche alle persone sopra i sessantacinque anni, essendo queste, sicuramente, le fasce più deboli e più esposte della popolazione colpita.

il piano di sorveglianza venga esteso a tutti i cittadini che abitano nella zona arancio che, dati ARPAV alla mano, presenta i dati peggiori di inquinamento delle acque di falda.

non solo gli attuali residenti, ma anche tutti coloro che hanno abitato per più di 5 anni nella zona rossa (valore mediano atteso >30ng/ml), vengano sottoposti al piano di sorveglianza, anche se attualmente non sono residenti, dato che il citato rapporto n°6-giugno 2018 evidenzia in modo esemplare come il livello ematico di PFOA correla con gli anni di residenza nella zona rossa.

un arruolamento continuo, specifico, dedicato alle donne gravide, residenti ed ex-residenti, che rappresentano una fetta di popolazione importantissima, dato il dimostrato passaggio dei PFAS tramite placenta dalla mamma al feto, e tramite il latte materno, dalla mamma al neonato.



1B) metodi di ricerca impiegati per evidenziare eventuali patologie connesse ai PFAS:

rivedere il questionario dedicando maggior attenzione a determinate patologie, in particolare quelle endocrine (tireopatie, ipofertilità maschile), che sono patologie ben studiate dalla letteratura internazionale.

somministrazione del questionario ai soggetti maschili in età fertile e consegna di materiale informativo/educativo sulla diagnosi precoce del K testicolo.

#### RUOLO DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE:

venga riconosciuto ai medici di medicina generale un ruolo specifico nella gestione della salute dei cittadini. In particolare:

restituire a ciascun medico curante (MMG e PLS) in maniera nominativa, in chiaro ed in formato elettronico le informazioni relative a ciascuno dei propri assistiti partecipanti al piano di sorveglianza (questionario, esami di laboratorio e strumentali, determinazioni seriche PFAS).

Attualmente un MMG può sapere che un proprio assistito partecipa al piano di sorveglianza, solo se è l'assistito a comunicarglielo.

effettuare tramite i MMG e i PLS un'azione di recupero degli assistiti non aderenti allo screening

dare ai MMG e PLS la possibilità di interfacciarsi con gli ambulatori di 1° e soprattutto 2° livello per poter fornire quelle informazioni-documentazioni clinico-anamnestiche dei propri assistiti, che solo loro possono avere.

organizzare iniziative e corsi di aggiornamento del personale sanitario, con il coinvolgimento attivo degli Ordine dei Medici e Chirurghi. Manca, attualmente, un'efficace preparazione sull'argomento, contaminazione da pfas, per i medici di medicina generale, i primi che andrebbero formati, visto che spetta a loro il compito di dare un'adeguata risposta ai cittadini inquinati.

INFORMAZIONE ALLA POPOLAZIONE. programmare e finanziare un a piano di informazione per la popolazione generale sulle possibili modalità di riduzione del rischio di ipercolesterolemia e di altre patologie associate ai PFAS.

MISURE TERAPEUTICHE : la popolazione con livelli inaccettabili di sostanze chimiche artificiali nel sangue, ha sperimentato l'introduzione da parte della regione Veneto della plasmferesi come misura terapeutica. Appare opportuno approfondire progetti di ricerca e l'attivazione di progetti di studio sperimentale su soggetti che stanno assumendo farmaci per varie patologie, qualunque progetto di ricerca nel campo farmacologico, al fine di individuare sostanze che aumentino la scarsissima fisiologica eliminazione spontanea dei PFAS.

Strategie per il futuro

"rafforzare le strategie di sanità pubblica per il contrasto alle contaminazioni da inquinanti, emergenti e non, nel Veneto. Alcune zone del territorio della nostra regione sono soggette a pressioni costanti con un probabile aumento dei "rischi sanitari".

la Regione del Veneto venute a conoscenza della contaminazione da PFAS ha messo in atto numerose azioni, e ha permesso l'elaborazione, nell'arco degli ultimi 5 anni, di una metodologia operativa per far fronte senza ulteriori ritardi a future aree esposte.

Nell'obiettivo del contrasto alle contaminazioni, la sanità pubblica avvia una ricerca di zone colpite critiche, **segnalate dalla regione**, attuando un iter procedurale atto ad identificare il quadro completo del rischio sanitario causato da probabili o reali contaminazioni e predisponendo un campionamento della popolazione.

l'individuazione dell'area di contaminazione e della principale fonte responsabile; la messa in sicurezza della distribuzione dell'acqua potabile e la mappatura ed il controllo dei pozzi privati; l'avvio di uno studio di biomonitoraggio; l'avvio di studi retrospettivi ed ecologici sulle patologie tumorali; l'istituzione di Gruppi di lavoro ad hoc e di una specifica Commissione sul tema.

- istituzione di Gruppi di lavoro ad hoc o di una specifica Commissione sul tema.
  - individuazione dell'area di contaminazione e della principale fonte responsabile, con metodologie adeguate in base alla/e matrice/i interessata/e (aria, acqua, suolo, matrice alimentare – confrontando i risultati con le più recenti indicazioni di limite/TDI a livello internazionale);
  - immediata messa in sicurezza sanitaria della popolazione esposta, con un'attenzione specifica ai soggetti più a rischio (es. donne in gravidanza, i neonati e i bambini);
  - avvio di un biomonitoraggio per campioni di popolazione e sottogruppi adattati alle esigenze specifiche dello studio (es. soggetti maggiormente a rischio per motivi geografici, professionali, sanitari...), per verificare le implicazioni sanitarie del contaminante, specialmente quello emergente, così da poter progettare interventi specifici e redigere un Piano di Sorveglianza/Screening per tutte le fasce di età, volto alla presa in carico sanitaria della popolazione sottoposta, attraverso la collaborazione e la condivisione delle informazioni con i MMG;
  - avvio di studi retrospettivi ed ecologici sulle patologie tumorali;
- attivazione di percorsi formativi obbligatori e processi di confronto con i Sindaci delle aree interessate alla contaminazione e, in maniera particolare, con i MMG: questi ultimi risultano essere centrali nella realizzazione completa e credibile dei monitoraggi avviati sulla popolazione e necessari per la presa in carico del paziente in termini complessivi;
- implementazione dei sistemi di comunicazione alla popolazione attraverso materiale informativo, implementazione del sito istituzionale regionale e incontri costanti con i cittadini dei territori interessati

## OBBIETTIVO 14 – CELIACHIA

La celiachia, oggi considerata una malattia cronica, è una condizione spesso a rischio di complicanze ma la diagnosi precoce e un corretto regime alimentare possono portare alla completa remissione dei sintomi. La terapia per i celiaci è rappresentata dalla dieta rigorosamente priva di glutine, oggi più perseguibile grazie all'informazione e alla sensibilizzazione della popolazione nonché ad un'ampia gamma di prodotti disponibili sul mercato e offerti dalla ristorazione. A supporto delle esigenze alimentari dei celiaci il Servizio Sanitario Nazionale prevede l'erogazione dei prodotti specificatamente formulati per i celiaci in regime di esenzione.

La Relazione ministeriale 2016 sintetizza la situazione della malattia celiaca in Italia con tutte le novità scientifiche, gestionali e regolatorie. Ogni anno la scommessa di soddisfare i bisogni dei cittadini celiaci e delle loro famiglie è ambiziosa ma con impegno e collaborazione i risultati non mancano.

**TABELLA 11: STIMA della CELIACHIA NON ancora DIAGNOSTICATA – ANNO 2016**

REGIONE	Popolazione Generale	Popolazione Celiaca STIMATA	Popolazione Celiaca REALE	Stima dei celiaci ancora non diagnosticati
ABRUZZO	1.322.247	13.222	4.875	8.347
BASILICATA	570.365	5.704	1.461	4.243
CALABRIA	1.965.128	19.651	5.885	13.766
CAMPANIA	5.839.084	58.391	18.720	39.671
E. ROMAGNA	4.448.841	44.488	16.020	28.468
FVG	1.217.872	12.179	3.411	8.768
LAZIO	5.898.124	58.981	19.325	39.656
LIGURIA	1.565.307	15.653	4.953	10.700
LOMBARDIA	10.019.166	100.192	37.907	62.285
MARCHE	1.538.055	15.381	3.460	11.921
MOLISE	310.449	3.104	910	2.194
P.A. BOLZANO	524.256	5.243	1.477	3.766
P.A. TRENTO	538.604	5.386	2.151	3.235
PIEMONTE	4.392.526	43.925	13.153	30.772
PUGLIA	4.063.888	40.639	11.866	28.773
SARDEGNA	1.653.135	16.531	6.783	9.748
SICILIA	5.056.641	50.566	14.880	35.686
TOSCANA	3.742.437	37.424	15.351	22.073
UMBRIA	888.908	8.889	3.025	5.864
VALLE D'AOSTA	126.883	1.269	500	769
VENETO	4.907.529	49.075	12.314	36.761
<b>TOTALE</b>	<b>60.589.445</b>	<b>605.894</b>	<b>198.427</b>	<b>407.467</b>

**In veneto quindi ci sono 12.314 celiaci diagnosticati e certificati, ma si stimano altri 49.075 celiaci non diagnosticati**

OBBIETTIVI SPECIFICI:

- dare piena applicazione al Protocollo diagnostico individuando sul territorio, sulla base dei requisiti stabiliti con l'accordo 2017, i presidi sanitari del SSN per la diagnosi della

- celiachia ai fini delle esenzioni dando così le stesse opportunità diagnostiche ai cittadini;
- consentire l'acquisto dei prodotti senza glutine erogabili non solo nelle farmacie ma anche negli esercizi commerciali della Distribuzione Organizzata e nei negozi specializzati;
  - superare i confini regionali permettendo ai celiaci l'acquisto dei prodotti in regime di esenzione anche al di fuori della propria regione di residenza o del proprio domicilio sanitario.
  - la gestione dei Piani Terapeutici
  - l'autorizzazione alla spesa per il Celiaco
  - la validazione della rendicontazione e report a supporto delle USL (gestione mobilità interregionale e intra regionale etc.)
  - la gestione sistema accoglienza flussi di rendicontazione.

## CONTENUTI

Attivare e pubblicizzare adeguatamente in ogni Ulss il servizio diagnostico della celiachia;

- Attivare la tessera elettronica per l'acquisto dei prodotti privi di glutine nelle farmacie, negli esercizi commerciali della Distribuzione organizzata e nei negozi specializzati. L'attivazione della tessera sanitaria elettronica consente l'acquisto dei prodotti in regime di esenzione anche al di fuori della propria regione di residenza o del proprio domicilio sanitario. L'attivazione della tessera consentirà:
  - la gestione dei Piani Terapeutici
  - l'autorizzazione alla spesa per il Celiaco
  - la validazione della rendicontazione e report a supporto delle USL (gestione mobilità interregionale e intra regionale etc.)
  - la gestione sistema accoglienza flussi di rendicontazione

## INDICATORI

ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DI DIAGNOSI IN OGNI ULSS ENTRO IL 2019

ATTIVARE LA TESSERA ELETTRONICA PER L'ACQUISTO DEI PRODOTTI PRIVI DI GLUTINE ENTRO IL PRIMO SEMESTRE DEL 2019

## **OBBIETTIVO 15 – MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE CON MEDICI CONVENZIONATI E MEDICINA D'INIZIATIVA**

L'assistenza primaria è ormai considerata fondamentale per rispondere in maniera efficace ai mutamenti epidemiologici e sociali.

La Legge Balduzzi (L.189/2012) e il Patto per la Salute 2014-2016 hanno definito l'assistenza primaria come l'offerta di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona, comprendenti tutte le dimensioni della salute, erogati da équipe multiprofessionali e interdisciplinari, con la collaborazione dei pazienti e delle famiglie, in risposta alla maggioranza dei problemi di salute.

Da qui la necessità di organizzare le cure primarie secondo modelli multiprofessionali e interdisciplinari, che hanno visto già nel PSSR 2012 /2016 la proposta e l'attivazione delle medicine di gruppo integrate; La scelta viene confermata anche nel PSSR 2019/2023 pur se articolata in medicina di gruppo con personale convenzionato, con personale dipendente e medicina di gruppo accreditata.

Si ritiene perciò opportuno e fondamentale implementare le medicine di gruppo convenzionate anche distinguendole per intensità di partecipazione e di assistenza in hub e spoke.

### *Descrizione:*

L'evoluzione e l'implementazione delle medicine di gruppo integrate, int qualificarsi come strutture facilmente riconoscibili e raggiungibili dalla popolazione di riferimento in cui operano comunità di professionisti, convenzionati, secondo uno stile di lavoro per équipe multiprofessionali e interdisciplinari, al fine di garantire l'accesso e l'erogazione dell'assistenza primaria, in integrazione tra servizi sanitari (territorio-ospedale), e tra servizi sanitari e sociali, con la collaborazione di pazienti, caregiver, associazioni di volontariato e altre forme di organizzazione.

Le Medicine di gruppo integrate si pongono come il luogo ideale per la medicina di iniziativa, un modello assistenziale che intende intercettare il bisogno prima dell'insorgere della malattia o del suo aggravamento, e per la presa in carico della cronicità semplice e complessa; la cronicità semplice sarà presa in carico con il team dell'assistenza primaria e la cronicità complessa vedrà la medicina di gruppo o il medico di medicina generale parte integrante del team multiprofessionale professionistico.

la Giunta Regionale avrà il compito di dettare le indicazioni per sostenere lo sviluppo delle medicine di gruppo integrate convenzionate con l'obiettivo di proporre un insieme di elementi organizzativi e assistenziali a supporto dell'integrazione e del coordinamento tra servizi sanitari (ospedale-territorio) e sociali, della presa in carico della persona secondo il paradigma della medicina d'iniziativa, della presa in carico della cronicità semplice e complessa e della attivazione di percorsi di prevenzione e cura multidisciplinari con la partecipazione della comunità.

### *Azioni da sviluppare:*

- attivare l'evoluzione delle medicine di gruppo integrate convenzionate, con l'obiettivo nel prossimo biennio di attivarne il 70% con l'individuazione di nuove progettualità a livello locale in condivisione con i Comitati dei Sindaci e delle Conferenze dei sindaci;
- diffondere e implementare nei territori locali i contenuti delle nuove indicazioni regionali attraverso la realizzazione di programmi formativo regionale;
- implementare i progetti di medicina di iniziativa, anche in accordo con quanto previsto nei progetti specifici del Piano Regionale della Prevenzione e del Piano domiciliare distrettuale;
- promuovere le medicine di gruppo integrate che dovranno svolgere una funzione Hub rispetto alle Medicine di gruppo integrate (Spoke), e anche rispetto a quei Nuclei di Cure Primarie non ancora inseriti in percorsi associativi, per garantire adeguata assistenza di prossimità, affinché, tendenzialmente ed in termini incrementali, ogni

cittadino della regione possa essere preso in carico all'interno dei percorsi di cura integrati;

- individuare strumenti per la promozione del lavoro dei medici di medicina generale presso le sedi delle Medicine di Gruppo integrate;
- realizzare su tutto il territorio regionale la rete delle medicine di gruppo integrate
- 

*Beneficiari:*

Tutta la popolazione presente in un determinato territorio.

***Elementi di trasversalità/integrazione:***

1. la pianificazione delle medicine di gruppo integrate avviene in condivisione con gli Enti Locali;
2. partecipazione della comunità locale nelle sue diverse forme (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, fino ai singoli cittadini);
3. collaborazione con i servizi sociali nell'accesso e presa in carico;
4. programma formativo multidisciplinare (dell'ambito sanitario e sociale) con la partecipazione delle Comunità locali.

***Indicatori:***

1. realizzazione e programmazione delle medicine di gruppo integrate convenzionate nei singoli territori (report annuale monitoraggio con evidenza dei percorsi integrati, aree di intervento e n° ambulatori infermieristici);
2. l'impatto delle medicine di gruppo integrate convenzionate sulla popolazione e sui professionisti (progetto regionale di valutazione);
3. iniziative di programmazione partecipata e di coinvolgimento della comunità (pazienti, caregiver, associazioni di volontariato, etc.) nella realizzazione degli interventi;
4. Attivazione di percorsi formativi regionali dei medici coinvolti nelle medicine di gruppo integrate convenzionate.

## OBBIETTIVO 16 – WEST NILE VIRUS

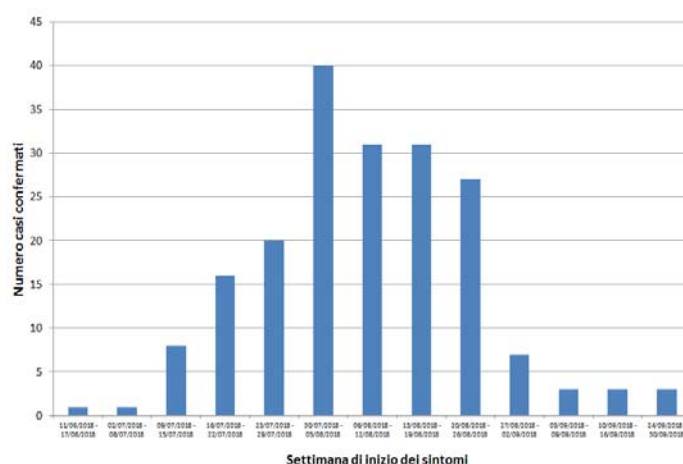
La FEBBRE WEST NILE è provocata dal virus West-Nile, oramai endemico nel nostro territorio, trasmesso con la puntura di zanzare infette all'uomo e agli animali, generalmente equini ed uccelli. Le zanzare appartengono al genere Culex, tra cui la zanzara comune C. pipiens, mentre come serbatoio di infezione sono state identificate oltre 70 specie di uccelli, soprattutto passeriformi e corvidi, dove il virus può persistere da alcuni giorni a qualche mese. La maggior parte delle persone infette non manifesta sintomi (80%). Le forme sintomatiche si manifestano con sintomi simil-influenzali lievi, febbre, cefalea, dolori muscolo-articolari, raramente accompagnati da rash cutaneo (febbre, WNF). Meno dell'1% sviluppa una malattia neuroinvasiva, come meningite, encefalite o paralisi flaccida (malattia neuro-invasiva, WNND). Il rischio di malattia neuroinvasiva aumenta con l'età ed è più elevato fra gli adulti di oltre 60 anni.

La Direzione Prevenzione nell'undicesimo bollettino di Sorveglianza sulle Arbovirosi (ottobre 2018) ha realizzato uno specifico focus West Nile. I casi di febbre del Nilo ufficialmente confermati sono stati complessivamente 211. Di questi, 152 sono casi con sintomatologia leggera, 59 quelli nella più grave forma neuroinvasiva. Dall'inizio del fenomeno i decessi sono saliti a 15.

Tab. 1 - Distribuzione casi confermati di infezione da WNV ottobre 2018  
per tipo di infezione (febbre, WNF e malattia neuro-invasiva, WNND) per provincia di domicilio

PROVINCIA	WNF	WNND	TOT
PADOVA	67	13	80
ROVIGO	24	15	39
TREVISO	8	2	10
VENEZIA	18	12	30
VERONA	29	13	42
VICENZA	6	4	10
<b>TOTALE</b>	<b>152</b>	<b>59</b>	<b>211</b>

### Curva epidemica dei casi confermati



Distribuzione casi infezione da WNV – per tipo di infezione (febbre WNF, malattia neuro invasiva WNND) per provincia di domicilio

PROVINCIA	WNF	WNND	TOT
<b>CONFERMATI</b>	<b>152</b>	<b>59</b>	<b>211</b>
PADOVA	67	13	80
ROVIGO	24	15	29
TREVISO	8	2	10
VENEZIA	18	12	30
VERONA	29	13	42
VICENZA	6	4	10
<b>PROBABILI</b>	<b>91</b>	<b>11</b>	<b>102</b>
PADOVA	23	2	25
ROVIGO	7	-	7
TREVISO	30	4	34
VENEZIA	14	5	19
VERONA	13	-	13
VICENZA	4	-	4
<b>TOTALE CONFERMATI + PROBABILI</b>	<b>243</b>	<b>70</b>	<b>313</b>
<b>infezioni asintomatiche, donatori di sangue, non classificati</b>			<b>42</b>
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>			<b>355</b>

Decessi in soggetti con infezione da WNV ordinati per provincia

ETÀ	GENERE	PROVINCIA	AZIENDA ULSS
82	F	PADOVA	ULSS6 EUGANEA
89	M	PADOVA	ULSS6 EUGANEA
89	M	PADOVA	ULSS6 EUGANEA
90	M	PADOVA	ULSS6 EUGANEA
91	M	PADOVA	ULSS6 EUGANEA
58	F	ROVIGO	ULSS5 POLESANA
91	F	ROVIGO	ULSS5 POLESANA
84	F	ROVIGO	ULSS5 POLESANA
70	M	ROVIGO	ULSS5 POLESANA
80	M	ROVIGO	ULSS5 POLESANA
74	F	TREVISO	ULSS2 MARCATREVIGIANA
83	M	VENEZIA	ULSS3 SERENISSIMA
81	M	VENEZIA	ULSS4 VENETO ORIENTALE
85	M	VERONA	ULSS9 SCALIGERA
85	F	VERONA	ULSS9 SCALIGERA

Attività

Insediare e attivare la Commissione Regionale Permanente con il compito di rafforzare e monitorare le attività di tutti gli attori coinvolti, a diverso titolo, dal fenomeno del virus West Nile. Faranno parte della Commissione i tecnici della Direzione Regionale Prevenzione, dell'Istituto Zooprofilattico di Legnaro, dell'Istituto Superiore di Sanità, delle Ulss, dei Consorzi di Bonifica, l'Anci, i presidenti delle conferenze dei sindaci delle 9 ulss del veneto e i Sindaci dei comuni capoluogo.



Attivare per il 2019 intenso, adeguato ed efficace Piano specifico WNV, che a partire da marzo avvii un idoneo trattamento preventivo larvicida . Il trattamento larvicida dovrà coinvolgere in forma collaborative e consapevole I Comuni del Veneto. Azienda Zero potrà fungere da stazione di riferimento anche appaltante per coordinare la disinfestazione attraverso l'acquisizione e distribuzione, tramite le Ulss,delle pastiglie larvicide, sempre in collaborazione attiva con I Comuni. Il trattamento larvicida interesserà i tombini stradali e i fossati, in particolare quelli situati nelle vicinanze di abitazioni e aree residenziali; quello adulticida si estenderà ad aree sensibili, come ad esempio parchi pubblici, scuole, aree attrezzate, individuate da parte dei Comuni.

Il Piano dovrà continuare le azioni di informazione alla popolazione per la protezione individuale e per l'adozione di comportamenti che non comportino la proliferazione di focolai larvali.

I Sindaci sono chiamati ad attuare controlli nel territorio, anche "porta a porta", con il sanzionamento dei comportamenti scorretti.

Il Piano dovrà prevedere anche il controllo costante dei territori in termini di manutenzione dei fossati, verde pubblico, raccolta di acque stagnanti. In questo caso sono chiamati ad avere un ruolo fondamentale I Consorzi di bonifica.

#### INDICATORI

Attivazione della Commissione Regionale permanente per fine 2018;

Trattamento preventive larvicida a partire da marzo 2019 con il pieno coinvolgimento dei Comuni; numero dei comuni interessati e collaboranti, pastiglie distribuite ai comuni e ai singoli cittadini

Relazione attività dei Consorzi di bonifica per il controllo e bonifica dei fossati e acque stagnanti.

Controllo buon funzionamento dei depuratori a carico del dipartimento prevenzione.

Relazione dell'Azienda zero come stazione appaltante in funzione dell'attività dei Comuni.

## OBBIETTIVO 17 - PERSONALE MEDICO

**Emergenza medici di base:** raddoppiare i posti al corso di formazione dei medici di medicina generale

Di fronte all'emergenza camici bianchi in Veneto, bisogna almeno raddoppiare i posti nel corso di formazione in medicina generale. Dai 60 attuali, dovranno essere 126, gli ammessi al triennio finalizzato al rilascio del diploma, necessario per l'iscrizione alla graduatoria unica regionale che permette l'accesso alle convenzioni con il servizio sanitario nazionale. La richiesta proveniente dai sindacati di categoria, è stata formalizzata dalla Giunta Regionale, ma appare quanto mai opportuno inserirla nel nuovo piano socio sanitario.

**LA SITUAZIONE:** Secondo i dati aggiornati al 2018, i medici di base attualmente in servizio in Veneto sono 3.147, di cui 620 coinvolti nelle 73 Medicine di gruppo integrate che garantiscono le prestazioni dalle 8 alle 20. Ma le prospettive, secondo le stime elaborate in particolare dalla Fimmg, sono pessime. In base ai dati anagrafici e professionali, è previsto che nel giro di un quinquennio vadano in pensione 1.135 dottori di famiglia, un numero che nel decennio è destinato a salire a quota 2.341. Per gli analisti, l'anno di picco sarà il 2022, quando si ritireranno dal servizio in 279. Cifre troppo grandi, per poter essere tamponate da quelle dei laureati in Medicina e iscritti ad un Ordine provinciale che vengono formati per poter aprire un ambulatorio, a lungo attestati sui 25 e poi 50 diplomati annuali.

**IL FABBISOGNO:** La necessità di più di 100 posti da mettere a concorso per ciascuno degli anni 2018, 2019 e 2020, a seguito di una puntuale analisi del fabbisogno di medici di medicina generale nella Regione, alla luce dell'attuale carenza di medici e dei futuri pensionamenti, nonché della disparità sul numero di borse di studio autorizzate e finanziate dal ministero della Salute ad altre Regioni che annoverano un bacino di popolazione assistita simile o ancorché inferiore a quella del Veneto.

Il ministero della Salute ha autorizzato la totale copertura economica per 126 le borse di studio.

### Emergenza medici specializzati

La sanità del Veneto sta assistendo negli ultimi mesi ad una drammatica situazione, non solo di riduzione del numero dei medici per raggiunti limiti d'età, ma di vera e propria "fuga" dal sistema pubblico sanitario. I pesanti carichi di lavoro, la ridotta sicurezza nel lavoro, l'attrattiva della sanità privata stanno inducendo molti medici a lasciare le strutture pubbliche a vantaggio di quelle private. Un depauperamento che non può lasciare indifferenti e che deve essere contrastato immediatamente con tutti i mezzi a disposizione.

La Regione del Veneto finanzia annualmente circa 100 posti per la formazione specialistica dei medici, in aggiunta, dunque, ai contratti di formazione specialistica finanziati dallo Stato

### Azioni

Definire e attivare urgentemente il fondo incentivante a favore dei medici.

Aumentare le borse di studio regionali per dare subito un segnale forte nei confronti di alcune specializzazioni che si stanno diradando nel panorama della regione veneto, vedi ad esempio Pediatri e Anestesisti. Triplicare il numero delle borse di studio, da 100 a 300, per la formazione specialistica dei medici e di conseguenza triplicare il finanziamento ed elevarlo dai 10 ai 30 milioni annui.

Assicurare l'inserimento lavorativo per almeno tre anni nel sistema sanitario pubblico di coloro che hanno goduto delle borse di studio regionale.

Definire l'esatta dimensione del fabbisogno con l'aggiornamento del programma triennale delle assunzioni e di un piano annuale applicativo.

## **OBBIETTIVO 18 – IL VOLONTARIATO COME RISORSA: LA CULTURA DELLA DONAZIONE**

La Regione del Veneto è caratterizzata da una forte componente del volontariato con oltre un milione di soci volontari impegnati nelle Associazioni di volontariato e quattrocentomila soci inseriti nelle associazioni di promozione sociale. Il registro regionale fotografa una situazione in cui le associazioni impegnate nel settore sociale e socio sanitario rappresentano il numero più consistente.

Il volontariato è dimostrazione di un cambiamento significativo nel rapporto tra l'Amministrazione pubblica ed i cittadini, che partecipano e si organizzano per rispondere ai bisogni della società.

Nel tempo è cresciuta la componente orientata alla gestione di servizi, sostenuta da una professionalizzazione delle competenze dei volontari, ne sono un esempio il volontariato il campo sanitario, socio sanitario e sociale per quanto riguarda l'assistenza, il trasporto ed il sostegno alla persona.

E' la dimostrazione di come il volontariato sia ormai fondamentale per garantire un adeguato ed efficiente Sistema socio sanitario. Alcuni interventi debbono essere riconosciuti ormai come funzioni strutturali del Sistema e vanno quindi valorizzati, sostenuti, agevolati e potenziati.

In particolare si richiamano I servizi collegati all'emergenza urgenza e al pronto soccorso, alla donazione di sangue ( sono 150.000 circa I donatori di sangue nel Veneto), alla donazione di midollo osseo, alla donazione di organi.

### Azioni

Attivare e sostenere adeguata campagna pubblicitaria di sostegno alla donazione;

Attivare e sostenere in collaborazione con i Centri Servizi Volontariato incontri con la popolazione studentesca per promuovere I volontari per la donazione e I servizi di emergenza urgenza;

Monitorare la quantità e la qualità dei volontari dediti alla donazione per registrare le variazioni più significative ed agire di conseguenza

Attivare il tavolo di coordinamento dei donatori

Dedicare una giornata specifica alla cultura e alla promozione della donazione

## OBBIETTIVO 19 - VETERINARIA E SICUREZZA ALIMENTARE

### Inserimento del NUOVO REGOLAMENTO UE 625/17

Due fondamentali regolamenti del pacchetto igiene in vigore da più di dieci anni sono stati recentemente abrogati. Si tratta dei regolamenti relativi ai controlli ufficiali degli alimenti, il Reg. CE 882/04 e il Reg. CE 854/04. L'intero quadro normativo relativo ai controlli ufficiali è ora disciplinato dal Reg. UE 625/2017 in vigore dal 27 Aprile (**si applicherà da Dicembre 2019**) che, oltre ai suddetti regolamenti, ha abrogato e modificato decine di norme con l'intento di fornire un testo unico in tema di controlli ufficiali.

#### *1) Ampliamento dell'ambito di applicazione*

Con tale regolamento il Legislatore europeo ha voluto razionalizzare, semplificare ed armonizzare il sistema di controlli ufficiali in un **unico provvedimento** integrando i controlli su alimenti, mangimi, salute e benessere degli animali, sanità delle piante e prodotti fitosanitari.

Tale integrazione costituisce una delle **principali novità** del Regolamento che semplifica di fatto il corpus legislativo in tema di controlli ufficiali eliminando sovrapposizioni di norme e inglobando disposizioni che parzialmente o totalmente restavano fuori dal campo di applicazione del Reg. 882/04 (es. sanità delle piante, sottoprodotti di origine animale, sostanze e residui nei prodotti di origine animale, produzioni biologiche, etichettatura, ecc).

Nello specifico, Il Regolamento si applica ai controlli ufficiali nei seguenti settori relativi a:

- gli alimenti e la sicurezza alimentare, l'integrità e la salubrità, in tutte le fasi della produzione, della trasformazione e della distribuzione di alimenti, comprese le norme volte a garantire pratiche commerciali leali e a tutelare gli interessi e l'informazione dei consumatori, la fabbricazione e l'uso di materiali e oggetti destinati a venire a contatto con alimenti;
- l'emissione deliberata nell'ambiente di organismi geneticamente modificati (OGM) a fini di produzione di alimenti e mangimi;
- mangimi e la sicurezza dei mangimi in qualsiasi fase della produzione, della trasformazione, della distribuzione e dell'uso di mangimi, comprese le norme volte a garantire pratiche commerciali leali e a tutelare la salute, gli interessi e l'informazione dei consumatori;
- le prescrizioni in materia di salute animale;
- la prevenzione e la riduzione al minimo dei rischi sanitari per l'uomo e per gli animali derivanti da sottoprodotti di origine animale e prodotti derivati;
- le prescrizioni in materia di benessere degli animali;
- le misure di protezione contro gli organismi nocivi per le piante;
- le prescrizioni per l'immissione in commercio e l'uso di prodotti fitosanitari e l'utilizzo sostenibile dei pesticidi, ad eccezione dell'attrezzatura per l'applicazione di pesticidi;
- la produzione biologica e l'etichettatura dei prodotti biologici;
- l'uso e l'etichettatura delle denominazioni di origine protette, delle indicazioni geografiche protette e delle specialità tradizionali garantite.

#### *2) Designazione delle autorità competenti, formazione dei controllori ed esecuzione dei controlli ufficiali*

Per ciascuno dei settori indicati, gli Stati membri designano le autorità competenti a cui essi conferiscono la responsabilità di organizzare o effettuare controlli ufficiali e altre attività ufficiali.

Qualunque sia l'autorità competente designata per un settore o sottosettore, essa **dovrà agire nel pubblico interesse** al fine di eliminare, contenere o ridurre eventuali pericoli di ordine sanitario per l'uomo, gli animali, le piante e l'ambiente.

Per garantire qualità, coerenza ed efficacia dei controlli ufficiali e quindi la corretta applicazione ed esecuzione della norma, il Reg. UE 625/17 prevede che il personale addetto ai controlli ufficiali:

- **riceva una formazione** adeguata per il proprio ambito di competenza;
- **si mantenga aggiornato** nel proprio ambito di competenza e riceva, se del caso, ulteriore formazione su base regolare;
- **riceva formazione su temi specifici** elencati nel regolamento stesso quali ad esempio pericoli nel settore della produzione, trasformazione e distribuzione di animali e merci, valutazione dell'applicazione delle procedure HACCP, procedimenti giudiziari e implicazioni dei controlli ufficiali, ecc.

In merito all'esecuzione dei controlli, il Reg. UE 625/17 dispone che vengano effettuati con frequenza opportuna in base alla valutazione del rischio e **senza preavviso** a meno che non sia necessario ai fini dell'esecuzione del controllo stesso.

I controlli devono essere eseguiti secondo procedure documentate e devono prevedere **l'elaborazione di una documentazione scritta** (supporto cartaceo o formato elettronico) che, a meno che sia richiesto diversamente a fini di indagini giudiziarie o per la tutela di procedure giudiziarie, è fornita in copia agli operatori sottoposti al controllo ufficiale che ne fanno richiesta.

### *3) Diritto alla controperizia*

In caso di campionamento, analisi, prova o diagnosi nel contesto dei controlli ufficiali, **gli OSA hanno diritto**, a loro spese, ad una controperizia.

Come indicato nel Reg. UE 625/17 tale diritto "dovrebbe consentire all'operatore di richiedere un esame documentale, a cura di un altro perito, del campionamento, dell'analisi, della prova o della diagnosi iniziale, nonché una seconda analisi, prova o diagnosi delle parti del materiale di campionamento inizialmente prelevato, a meno che tale seconda analisi, prova o diagnosi sia tecnicamente impossibile o irrilevante".

Per tale motivo, se opportuna, pertinente e tecnicamente fattibile, l'autorità competente assicura che nel prelevare campioni ne **sia prelevata una quantità sufficiente per consentire una controperizia** e se non è possibile prelevare una quantità sufficiente deve informarne l'operatore.

### *4) Campionamento di animali e merci messi in vendita mediante tecniche di comunicazioni a distanza*

Un'interessante disposizione del Reg. UE 625/17 rivolta ad un intero comparto del settore agroalimentare (tra l'altro in forte crescita), riguarda il campionamento di merci ed animali venduti on line.

Si possono infatti impiegare ai fini di un controllo ufficiale campioni che le autorità competenti ordinano dagli operatori **senza svelare la propria identità**.

Una volta in possesso dei campioni, le autorità competenti adottano tutte le misure necessarie affinché gli operatori dai quali sono stati ordinati detti campioni:

- **siano informati** del fatto che tali campioni sono stati prelevati nel contesto di un controllo ufficiale e, a seconda dei casi, sono analizzati o sottoposti a prove al fine di eseguire tale controllo ufficiale;

- se i campioni sono analizzati o sottoposti a prove, possano esercitare il diritto a una controperizia.

### **5) Pubblicazione del livello di conformità delle singole imprese: il rating dell'operatore**

Secondo quanto premesso nei consideranda, alle autorità competenti dovrebbe, a determinate condizioni, "essere riconosciuto il diritto di pubblicare o rendere disponibili **le informazioni relative al rating dei singoli operatori** in base ai risultati dei controlli ufficiali".

L'obiettivo è di accrescere la trasparenza nella filiera agroalimentare a condizione che il regime di rating offra adeguate "garanzie di equità, coerenza, trasparenza e obiettività".

Per assicurare che il rating rispecchi accuratamente il livello di conformità di un'impresa è previsto che tale classificazione si baserà sui risultati di vari controlli ufficiali, o nel caso di un unico controllo con esito sfavorevole, l'autorità competente dovrà procedere in tempi ragionevoli ai successivi controlli.

In considerazione della molteplicità degli aspetti (anche tecnici) trattati nel nuovo provvedimento, delle novità in parte accennate e delle altre novità riguardanti ad esempio il trattamento delle informazioni per i controlli ufficiali, i controlli nei posti di controlli frontaliere, l'uso dei documenti comunitari sanitari di entrata (DSCE) per le partite provenienti dai paesi terzi, ecc, è lecito attendere atti delegati e di esecuzione ("legislazione terziaria") nonché linee guida per la completa ed omogenea applicazione dello stesso.

### **Ulteriori obiettivi**

- la programmazione, la gestione e la valutazione del controllo in materia di sanità pubblica veterinaria rimane nell'ambito della pubblica amministrazione per motivi di indipendenza e di competenza specifica.

- integrare il Piano socio sanitario con lo scenario epidemiologico in ambito veterinario e gli dati relativi alle popolazioni animali, alla consistenza della produzione agroalimentare e gli scenari epidemiologici determinati all'aumento della popolazione straniera (negozi etnici), delle ricadute sull'agroalimentare delle problematiche ambientali

Garantire i sistemi di sorveglianza sulla sicurezza alimentare in base al reg. UE 625/2017, regolamento di riferimento dell'articolato regionale ampliando le materie del controllo delle autorità competenti, inserendo il biologico, gli Ogm, il controllo pubblico anche al commercio tramite internet o altre modalità a distanza e introducendo l'obbligo di istituire il rating delle imprese attribuendo loro un livello di rischio alto, medio e basso tramite criteri trasparenti e oggettivi.

Le attività svolte dai servizi veterinari devono considerare tutti i Lea. Inserire i livelli essenziali di assistenza: D3 (sistema informativo per il controllo delle aziende zootecniche su anagrafe nazionale); D9 (lotta al randagismo e controllo del benessere degli animali da affezione); D11 (sorveglianza sull'alimentazione animale e sulla produzione e distribuzione dei mangimi); D13 (vigilanza e controllo sull'impiego di animali nella sperimentazione); D14 (soccorso animali a seguito di incidente stradale - coordinamento tra enti preposti); E4 (sorveglianza sulla presenza di residui ... negli alimenti);

prevedere la costituzione, mediante idoneo strumento normativo, dell'Osservatorio Regionale Ambientale di cui facciano parte varie espressioni delle amministrazioni regionali e territoriali (Medicina dell'Ambiente, Servizi Veterinari, Uffici dell'Ambiente e dell'Agricoltura, ARPAV ed IZSve). Tale organismo dovrebbe rappresentare il momento di confronto e coordinamento delle diverse attività che vengono poste in essere tra le diverse istituzioni, che quotidianamente si confrontano con emergenze ambientali, sia storiche (a titolo di esempio in Veneto ci sono SIN) che quelle emergenti (vedi presenza di PFAS nelle acque, possibili effetti dannosi per la salute da utilizzo massiccio di fitosanitari, pareri discordanti sul Glifosate, poca conoscenza della possibile contaminazione da bromurati, microplastiche nell'intestino di pesci, ....). Tale organismo potrà

coadiuvare le funzioni di governo a livello regionale portando la loro competenza nell'utilizzo dei dati per la definizione delle priorità, nella ricerca dell'efficacia e dell'innovazione e nella valutazione delle soluzioni poste in essere a tutela della salute dei cittadini/consumatori;

affrontare le problematiche poste dalla convivenza con gli animali d'affezione e sinantropi in merito alle possibili ricadute in termini di igiene urbana, alla lotta al randagismo, alla prevenzione delle aggressioni da cani, all'aumentata sensibilità da parte dei cittadini verso la tematica del benessere animale. All'interno di tale previsione si devono creare specifiche sinergie di rete con le Associazioni, gli Enti e gli ambulatori dei Veterinari liberi professionisti. Deve essere previsto un coordinamento regionale medico-veterinario per le azioni di prevenzione delle malattie trasmissibili di interesse comune quali ad esempio quelle emergenti trasmesse da vettori o quelle già conosciute quali l'influenza aviaria.

altre azioni considerate strategiche:

- l'implementazione di modalità innovative per lo sviluppo di percorsi di valorizzazione delle filiere che coinvolgano le produzioni di nicchia o di particolare interesse per il territorio;
- lo sviluppo di percorsi dedicati per il controllo sulla importazione e vendita di prodotti etnici;
- lo sviluppo di uno specifico percorso di controllo dedicato alle produzioni destinate alla esportazione verso paesi terzi;

la realizzazione di una rete di collaborazione e coordinamento tra Osa, Veterinari della Az. Ulss, Veterinari Aziendali e ogni altro portatore di interessi al fine di ottenere una azione integrata a tutela del consumatore e a garanzia della qualità e della sicurezza delle produzioni agroalimentari;

attivare il coordinamento regionale medico-veterinario per le azioni di prevenzione delle malattie trasmissibili di interesse comune quali ad esempio quelle emergenti trasmesse da vettori o quelle, già conosciute, come l'influenza aviaria.

potenziamento della struttura regionale di Sanità Veterinaria e sicurezza Alimentare, vista anche la mancanza di referenti veterinari a livello di Azienda Zero, che dovrebbe essere dotata di autonomia organizzativa, mettendola in condizione di svolgere efficacemente il ruolo di autorità competente locale che le viene assegnato dalla normativa comunitaria. Si ricorda che la carenza di personale della struttura regionale è stato oggetto di specifico rilievo a seguito di audit ministeriale.

adeguamento delle dotazioni organiche per rendere i Servizi in grado di rispondere compiutamente ai compiti assegnati; garantire all'Area della sicurezza alimentare e della sanità pubblica veterinaria la disponibilità di adeguate risorse finanziarie per dotare congruamente di personale e attrezzature le autorità competenti che effettuano i controlli ufficiali e le altre attività ufficiali ai sensi del REG UE625/2017".

## Obiettivo 20 - SALUTE MENTALE

La domanda di salute mentale in Veneto è in continua crescita sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo; a tale grave situazione si accompagna una diminuzione del personale deputato: medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri educatori ed una contrazione delle risorse.

media medici veneto 8,1 (media nazionale 11,6) psicologi 1,8 (media nazionale 4,2) assistenti sociali 1,4 (media nazionale 2,7)

Utenti over 17 anni con almeno un contatto (sia territoriale che di ricovero) nell'anno (tasso per 10.000 ab. > 17 anni) Per il 2016 è indicato anche il numero di utenti.

ASL	2014	2015	2016	2016
<b>101. Belluno</b>	155,02	209,52	214,29	2.270
<b>102. Feltre</b>	242,86	257,19	246,83	1.734
<b>103. Bassano del Grappa</b>	188,37	184,10	181,10	2.689
<b>104. Alto Vicentino</b>	175,44	189,80	184,02	2.846
<b>105. Ovest Vicentino</b>	158,57	158,77	161,15	2.381
<b>106. Vicenza</b>	143,03	144,21	160,46	4.234
<b>107. Pieve di Soligo</b>	181,26	182,33	177,97	3.191
<b>108. Asolo</b>	172,99	199,30	187,93	3.841
<b>109. Treviso</b>	160,23	183,99	169,48	5.855
<b>110. Veneto Orientale</b>	143,18	146,23	135,10	2.450
<b>112. Veneziana</b>	150,11	112,88	143,56	3.705
<b>113. Mirano</b>	167,51	156,41	159,31	3.601
<b>114. Chioggia</b>	235,67	233,40	227,62	1.312
<b>115. Alta Padovana</b>	184,98	200,97	199,11	4.201
<b>116. Padova (incluso 901.AO)</b>	222,71	216,15	190,73	7.900
<b>117. Este</b>	207,70	200,21	194,61	3.009
<b>118. Rovigo</b>	236,60	230,98	232,40	3.415
<b>119. Adria</b>	344,29	355,30	325,83	2.056
<b>120. Verona (incluso 912.AOUI)</b>	129,79	146,17	167,88	6.592
<b>121. Legnago</b>	151,26	153,04	133,14	1.711
<b>122. Bussolengo</b>	18,22	109,56	117,00	2.839
<b>901. AO Padova</b>	.	.	.	1.436
<b>Totale</b>	163,31	172,71	173,52	71.088

La domanda di salute mentale è in continuo aumento nella regione veneto dal 2014 al 2016 si è avuto un aumento di circa 13000 utenti in carico ai Dipartimenti di Salute mentale come evidenziato dalla tabella riportata sopra.

L'erogazione delle risorse per la tutela salute mentale sono agli ultimi posti in Italia con il 2,91 % delle risorse! Senza adeguate risorse per la salute mentale dell'infanzia e dell'età adulta e soprattutto per la prevenzione , ( il 50% delle patologie psichiatriche esordisce prima dei 18 anni) , anche le migliori progettualità possono essere compromesse, comportando una sofferenza ai



pazienti ed alle loro famiglie ed anche un aumento dei costi.

## PREVENZIONE

Uno studio sui ritorni della prevenzione stima che per ogni miliardo in prevenzione se ne risparmiano 3 per minori spese di cura e riabilitazione.

Si potrebbe dedicare il 5% della LP legge Balduzzi, prevista per l'intramoenia, ad attività di prevenzione.

I disturbi mentali, intesi sia come patologie psichiatriche quali ansia, depressione o disturbi bipolari, che neurologici, come Alzheimer e demenze, sono già nei Paesi ad alto reddito la principale causa di perdita di anni di vita per morte prematura e disabilità (17,4%), seguiti dal cancro (15,9%), dalle malattie cardiovascolari (14,8%), dagli infortuni (12,9%) e dalla malattie muscolo-scheletriche (9,2%).

Secondo i dati forniti dall'OCSE, l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico, nel suo focus "Fare i conti con la salute mentale", la depressione grave, il disturbo bipolare, la schizofrenia e le altre malattie mentali gravi riducono la speranza di vita in media di 20 anni rispetto alla popolazione generale.

Il 5% della popolazione mondiale in età lavorativa ha una severa malattia mentale. Una persona su due, nel corso della vita, avrà esperienza di un problema di salute mentale e ciò ridurrà le prospettive di occupazione, la produttività e i salari. I costi diretti e indiretti della malattia mentale, secondo le statistiche OCSE, possono superare il 4% del Prodotto Interno Lordo (PIL).

La salute mentale inoltre può far lievitare il costo dei trattamenti per altre patologie, ad esempio la terapia del diabete è più costosa quando il paziente soffre anche di depressione e le persone con una salute mentale non buona hanno maggiori probabilità di soffrire anche di cancro e di malattie cardiovascolari. La contrazione delle risorse per la salute mentale oltre a mettere a rischio l'adeguatezza delle cure, comporta un inevitabile aumento dei costi generali.

## Contenuti

Confermare i tre modelli clinico organizzativi della assistenza indicati nel Piano di azioni per la salute mentale recepito dalla regione con DGR 1558 del 3.9.201:

- 1 Collaborazione e consulenza DSM e medici di medicina generale

- 2 Assunzione in cura dei pazienti che necessitano di trattamenti specialistici ma non interventi complessi e multiprofessionali

- 3 Presa in carico pazienti che richiedono un Piano Terapeutico Individuale, bisogni complessi, valutazione multidimensionale.

Mettere al centro la persona ed il suo progetto di cura individualizzato, lavorare per l'inclusione sociale contro la stigmatizzazione delle persone con problemi di salute mentale

Implementare l'attività sul territorio; definire dettagliatamente l'operatività delle varie strutture in modo da poter stabilire le risorse quantitative e le figure professionali necessarie.

Organizzare delle strutture con una pluralità di figure professionali il cui mandato sia la realizzazione di un percorso terapeutico e riabilitativo definito nel tempo e non a delle strutture il cui mandato sia prevalentemente contenitivo e indefinito nel tempo. L'esperienza dei budget di salute ha portato, nelle regioni dove è stato applicato, una maggior integrazione delle progettualità con la realtà sociale di appartenenza e con una vasta compartecipazione alla progettualità: familiari enti pubblici servizi etc etc

Tali progettualità ha permesso di dare delle risposte a dei bisogni assistenziali anche di lunga durata e di intensità elevata, evitando il ricorso a modelli istituzionali.

individuare e/o potenziare specifiche progettualità dedicare alla fascia adolescenziale e giovanile

della popolazione , (nella fascia fra i 15 e i 29 anni il suicidio è la seconda causa di morte , e le patologie neuro-psichiatriche sono la causa principale di disabilità nei giovani). Il 75% dei disturbi mentali insorge prima dei 24 anni e solo una parte arriva alla osservazione dei servizi e la prognosi è strettamente connessa alla tempestività dell'intervento specialistico.

Realizzazione e attualizzazione di un nuovo progetto obbiettivo regionale per la salute mentale.

Risposte ai bisogni di salute mentale,:

### 1) Dipartimenti di Salute Mentale

Tutelare, mantenere e sostenere l'assetto organizzativo rispettoso della complessità dei Dipartimenti di Salute Mentale che sono dipartimenti trans-murali che si occupano sia della parte ospedaliera che di quella territoriale del disagio mentale secondo il principio della competenza. Viene in questo modo rispettato il modello scientificamente più evoluto della psichiatria che si è consolidato negli ultimi 40 anni a partire dalla legge 180 del 1978 e che prevede la gestione della salute mentale da parte dei servizi sulla base dei tre assi fondamentali:

1°) Il rapporto con i pazienti e i loro familiari attraverso una Relazione di Cura declinata nei diversi modelli scientifici(psichiatrico, psicologico e socio-riabilitativo) ad opera delle diverse figure coinvolte che operano in Equipe Multiprofessionali;

2°) La diversificazione e il radicamento delle strutture nel territorio di competenza, secondo moduli (servizi) superiori ai 100.000 mila e inferiori a 150.000 per coniugare la terapia e la riabilitazione all'individuo nel suo ambiente di appartenenza;

3°) La adeguatezza della proporzione tra curanti e pazienti che nei DRG nazionali e Regionali fissa dei limiti sui posti letto dei Reparti (1 ogni 10.000 abitanti) e sull'entità del numero di ospiti nelle CTRP e nelle altre strutture. Gli stessi DRG danno indicazione anche sul numero complessivo degli operatori della salute mentale in proporzione al numero di abitanti dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Le disposizioni a seguito della riduzione delle Ulss (accorpamenti dei servizi in Dipartimenti di un milione di abitanti) hanno messo in crisi il criterio della proporzione e della territorialità e rischiano di interrompere il cuore della terapia psichica: nella sproporzione tra curanti e pazienti, nell'allontanamento dei curanti da un territorio aumentato a dismisura e nella riduzione della collegialità della presa in carico per la grave riduzione del personale in tutte le diverse figure professionali.

Un tale assetto organizzativo non può essere in grado di svolgere efficacemente un lavoro territoriale , in tale modo si aumenterà il carico ospedaliero e residenziale con un aumento dei costi e una diminuzione dell'inclusione sociale.

Necessità di un forte investimento sulla prevenzione e nel lavoro di rete e di collaborazione con i medici di medicina generale.

### 2) Personale

Adeguamento quantitativo e qualitativo del personale operante nei Dipartimenti di salute mentale : Medici Infermieri, Psicologi, Assistenti sociale, Educatori professionali, Addetti all'assistenza , Tecnici della Riabilitazione;

garantire un turnover rapido di tutte le figure professionali;

investimenti sulla formazione continua del personale, elemento indispensabile per incrementare la qualità dei servizi.

### 3) Strutture residenziali e semiresidenziali

Articolare una risposta di tipo sia residenziale che semi-residenziale che sia in grado di garantire da un lato l'appropriatezza clinica e dall'altro sappia rispondere ai più variegati bisogni dell'utenza psichiatrica .

La residenziali psichiatrica spazia da situazioni di residenziali cosiddetta leggera , con alti livelli di autonomia dei pazienti e bassa attività assistenziale da parte dei servizi a Comunità che si occupano di pazienti con elevati bisogni assistenziali a cui le famiglie non possono rispondere. Qualora la quota sociale non possa essere sostenibile per gli utenti e i Comuni , attivare il Livello di Assistenza Regionale Aggiuntivo ( LAR) dedicato alla residenzialità della salute mentale;

## OBIETTIVO 21 - SPECIFICITA' DI BELLUNO e del POLESINE

Il PSSR 2019/2013 pone particolare attenzione alle specificità della Regione Veneto. Le situazioni orografiche dell'ulss 1 Dolomiti e le caratteristiche del territorio dell'ulss 4 polesine, bassa densità abitativa e grande superficie territoriale, richiedono una programmazione sociosanitaria particolarmente attenta alle risposte per l'emergenza urgenza, per la quale è indispensabile implementare la rete dei punti di riferimento e le modalità di intervento, alle risposte in termini di continuità ospedale territorio che richiedono una forte integrazione e collaborazione, e alle risposte di presa in carico integrata delle persone nelle loro comunità di riferimento, attivando e incrementando le medicine di gruppo integrate, le strutture intermedie, il piano domiciliarità, i centri servizi per anziani, cure primarie e gli altri servizi distrettuali.

Ad oggi

1. risultano non ancora istituiti una buona percentuale di posti letto per le strutture intermedie (URT, Hospice, Ospedali di Comunità) ed è indeterminata la complessiva strutturazione delle medicine del territorio”;
2. per il peculiare contesto socio-demografico e territoriale risultano inadeguate le previsioni del D.M. n. 70 del 2/4/2015 che, nel definire gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, più volte cita esclusivamente la montagna delle province di Trento e Bolzano come aree orogeograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, ancorché esse siano sotto ogni profilo simili al territorio bellunese;
3. il rischio di indebolimento dei servizi sanitari nel bellunese e del polesine vale tanto più per tutte le patologie tempo-dipendenti, ovvero che necessitano di essere trattate in urgenza ed emergenza entro un'ora.

Contenuti e indicatori

- attivare entro il 31 dicembre 2018 i posti-letto di strutture intermedie previste dalle schede territoriali del vigente piano socio-sanitario;
- riconoscere nel piano sociosanitario 2019-2023 la specificità del territorio bellunese e del polesine, con una interpretazione del D.M. n. 70/2015 che tenga conto dell'art. 15 dello Statuto regionale e dell'art.10 della L.R. n. 25/2014;
- garantire nei prossimi riparti del Fondo Sanitario Regionale risorse specifiche per l'Azienda ULSS n.1 Dolomiti e per l'ulss 4 Polesine;
- mantenere un Dipartimento di Emergenza di massimo livello, potenziando l'elisoccorso e introducendo su vasta scala il servizio di ambulanze medicalizzate;
- incrementare, rispetto alla media regionale, la dotazione di posti letto nelle strutture territoriali e ospedaliere dei territori alpini, assicurandone l'integrale copertura finanziaria;
- innalzare la percentuale dei posti letto per le strutture intermedie da 0,6 per mille all'1 per mille su popolazione over 45
- attivare il Piano specifico di Domiciliarità distrettuale a cura del direttore sociosanitario, in collaborazione con il direttore del distretto e dei Comuni
- attivare, implementare e sostenere le medicine di gruppo integrate

## **OBBIETTIVO 22 SPECIFICITA' VENEZIA. I SERVIZI SOCIO SANITARI PER LA CITTA' METROPOLITANA DI VENEZIA**

### **PREMESSA**

I principali fattori che caratterizzano il fabbisogno di salute del Veneto e della Città Metropolitana di Venezia sono: un forte aumento della **popolazione anziana** con incremento delle patologie cronico degenerative e della **non-autosufficienza**, che richiedono modelli assistenziali a lungo termine; la crescita progressiva e consistente delle aspettative di salute individuali; il progresso scientifico e tecnologico con cure sempre più sofisticate, ma altrettanto costose, che rischiano di compromettere il **carattere universalistico** del sistema di servizi ed il principio di equità dell'accesso alle prestazioni.

In questo scenario è urgente attuare una **riforma moderna e innovativa** del sistema Veneto rivedendo i rapporti con i cittadini ed il territorio, la ristrutturazione e la riqualificazione delle reti ospedaliera ed extraospedaliera, il riassetto dei relativi moduli assistenziali.

Considerando le tre componenti fondamentali del sistema socio-sanitario, va attuata una strategia di riequilibrio delle risorse tra il Territorio, la Prevenzione, l'Ospedale, rafforzando la rete territoriale. In particolare proponiamo di assegnare: 51% delle risorse al Territorio, 44% alla Rete Ospedaliera, 5% alla Prevenzione.

La necessità di razionalizzare i processi di governance ha portato la regione alla costituzione delle ULSS 3 Serenissima e ULSS 4 Veneto Orientale per ottimizzare la qualità dei servizi e l'uso delle risorse disponibili. Questa sfida è tutt'altro che conclusa: si potrà vincere solo a patto che siano chiari il modello organizzativo ed i ruoli di ciascuno. Un obiettivo da perseguire con un percorso progressivo e condiviso tra le Direzioni ULSS, i Comuni, la Città Metropolitana, la Regione, con un ruolo determinante dei Comitati dei Sindaci di Distretto nell'esercizio di funzioni associate su ambiti ottimali omogenei attraverso il Piano di Zona, nel rispetto dell'Integrazione socio-sanitaria.

Solo con questo approccio di sistema, con la responsabilizzazione degli attori coinvolti e la valorizzazione delle "buone pratiche" già sviluppate localmente, potremo supportare concretamente lo sviluppo delle **funzioni metropolitane**, consapevoli che i servizi per la salute ne rappresentano un elemento basilare.

### **IL PSSR 2012-2016**

La riforma che era stata prefigurata nel Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, di fatto non è decollata. Vogliamo quindi rilanciarne i principi fondanti: **Equità, Sostenibilità e Appropriately**, confermando il modello dell'**Integrazione Socio-Sanitaria** e assicurando la **Continuità assistenziale**. L'Ospedale va identificato come luogo per la cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la gestione della cronicità viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale nel **Distretto** socio sanitario quale promotore della collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale degli operatori, favorendo la definizione e l'implementazione dei percorsi assistenziali.

### **ASSISTENZA OSPEDALIERA**

Siccome non può esistere una buona medicina territoriale senza un buon ospedale e viceversa, diventa fondamentale per la qualità di cure ai cittadini, che esista una fattiva collaborazione fra medici di famiglia e colleghi specialisti e ospedalieri sviluppando il modello della **"presa in carico"**. Per un paziente è vitale sapere che il proprio medico dialoga e collabora con lo specialista per cercare di risolvere i suoi problemi, che è in collegamento con l'ospedale per cui può seguire i suoi esami e le sue indagini diagnostiche nel corso del ricovero, che può tranquillamente consultare il chirurgo che lo ha operato per seguirlo meglio quando verrà dimesso.

Analizzando la situazione attuale possiamo evidenziare alcuni elementi di criticità:

- a. la gestione di alcune patologie croniche è ancora imperniata sull'Ospedale, dove la dotazione di posti letto per gli acuti non è del tutto allineata con gli attuali bisogni della popolazione con percorsi assistenziali spesso frammentati;
- b. l'organizzazione dipartimentale negli Ospedali è prevalentemente orientata ad una maggiore attenzione ai percorsi intra ed interospedalieri rispetto ai percorsi Ospedale-Territorio. Ciò genera una presa in carico del paziente in molti casi parziale ed incompleta;
- c. le apparecchiature e le tecnologie, anche molto sofisticate, sono talvolta utilizzate per dare risposta a richieste di bassa complessità, evidenziando un rapporto costo-beneficio non ottimale;

Riteniamo pertanto necessarie le seguenti azioni:

- a. attuare nuove modalità organizzative con differenti e innovativi approcci alla gestione delle patologie, per garantire i risultati attesi in termini di razionalizzazione ed efficacia nell'utilizzo delle risorse umane e strumentali affidate con conseguente progressiva riduzione della ospedalizzazione;
- b. riorganizzare con l'obiettivo di garantire migliore accessibilità, semplificazione delle procedure, equità nell'accesso dei servizi intesa come uniformità della rete di offerta nel territorio, in termini quali/quantitativi;
- c. attuare l'integrazione sociosanitaria intesa come sinergia tra ospedale e territorio e tra l'azienda Ulss e le realtà istituzionali e sociali delle comunità locali (comuni, centri servizi, terzo settore).

Il modello "Hub & Spoke" del PSSR classifica l'Ospedale all'Angelo di Mestre come struttura di riferimento metropolitano per l'alta specializzazione e le restanti strutture come ospedali "di rete" in grado di offrire con uniformità prestazioni specialistiche di base e presidi essenziali per l'urgenza ed emergenza, attraverso il coordinamento del SUEM 118.

Le schede ospedaliere del 2013 hanno previsto una serie di rimodulazioni di servizi ospedalieri che hanno generato molte critiche per la riduzione di apicalità e di posti letto, specializzazione di strutture in polo medico (San Donà e Dolo) e polo chirurgico (Portogruaro e Mirano), funzioni riabilitative (Jesolo), compresenza non complementare di strutture private (Mestre, Venezia, San Donà). Inoltre la carenza di finanziamenti per investimenti, in parte assorbiti dalle quote del project financing, ha ritardato in molti casi la messa a norma delle strutture e l'aggiornamento strumentale e tecnologico.

Riteniamo necessario mantenere l'attuale rete ospedaliera per garantire la qualità dei servizi e l'uniformità di accesso ai cittadini della Città Metropolitana. Vogliamo una struttura sanitaria all'avanguardia che mette il paziente al centro di ogni processo adottando un modello organizzativo fondato sulla **interdisciplinarietà**, dove tutte le criticità vengono superate grazie alle competenze professionali interne, all'implementazione e al corretto utilizzo di sistemi informativi moderni e innovativi a supporto. Ciò permette agli operatori sanitari dell'ospedale di prendere decisioni informate e complete, relative al percorso di cura di un paziente, una sola volta, grazie all'accesso immediato e in tempo reale ai dati, sia relativi alla disponibilità delle risorse strutturali (per esempio la disponibilità dei letti nelle diverse aree assistenziali) che quelli più strettamente clinici riguardanti il paziente (per es. farmaci a disposizione, accesso diretto alle prestazioni diagnostiche, eventuali allergie, interazioni tra farmaci ecc.).

A questo scopo va adottata la **cartella clinica elettronica** come strumento essenziale per la condivisione delle informazioni tra i medici e perno attorno al quale ruota l'intera informatizzazione della struttura. Essa riunisce tutti i dati del paziente (anagrafici, diagnostici, clinici e assistenziali), non come semplice digitalizzazione del cartaceo, ma come strumento integrato e funzionale alla nuova organizzazione dell'ospedale per intensità di cura.

L'obiettivo è quello di migliorare la qualità dell'assistenza in ospedale e nel territorio, grazie all'utilizzo di strumenti informatici che consentano un reale miglioramento del servizio offerto ai

cittadini perché concorre a garantire **prestazioni personalizzate** sempre più sicure ed efficienti. Ciò permetterà di offrire assistenza di qualità che rafforza il legame con il territorio e la relazione tra pazienti e medici, mettendo il personale sanitario in condizione di compiere sempre scelte appropriate e rapide.

## **ASSISTENZA TERRITORIALE**

In un contesto sociale in cui si aggrava la situazione di precarietà dei rapporti familiari e personali, accentuando la fragilità individuale e tenuto conto dei fattori economico-gestionali, riferiti ad un quadro congiunturale complessivo caratterizzato dalla necessità di contenimento e razionalizzazione della spesa, la **continuità dell'assistenza** diventa la dimensione fondamentale per valutare la qualità del servizio. E' perciò indispensabile la responsabilizzazione degli attori che devono rendere conto sistematicamente alla comunità di riferimento ed a tutti i portatori di interessi degli esiti delle proprie azioni relativamente al grado di **efficienza** dell'organizzazione, alla **qualità** dei servizi erogati, al **risultato** (outcome) degli interventi realizzati, con particolare evidenza della loro sostenibilità economica, sociale e professionale.

Gli **strumenti operativi** già individuati sono costituiti da:

- valorizzazione della medicina di famiglia attraverso la sua evoluzione secondo il modello delle **medicines di gruppo integrate**;
- potenziamento dell'**Assistenza Domiciliare Integrata** (ADI) e Sociale con l'intento di favorire il mantenimento della persona nel suo ambiente familiare e il consolidamento della rete delle **cure palliative**;
- implementazione delle **strutture intermedie** di ricovero (ospedale di comunità, hospice per malati terminali, unità riabilitative territoriali) che garantiscano la fase transitoria tra le dimissioni dall'ospedale e il rientro a domicilio, assicurando la cura senza soluzione di continuità;
- nella valorizzazione dei **Centri di Servizio**, sviluppandone la flessibilità organizzativa in risposta alle nuove esigenze assistenziali.

In particolare va fatto un monitoraggio costante rispetto a:

- realizzazione delle forme associative dei medici di base e la loro integrazione professionale attraverso la realizzazione delle **Aggregazioni Funzionali Territoriali** (AFT) per garantire adeguati standard di assistenza;
- funzionamento della **Centrale Operativa Territoriale** (COT) che ha l'obiettivo di supportare e coordinare la "presa in carico" accompagnando il cittadino nel complesso percorso assistenziale e agendo come luogo di riferimento per l'integrazione sociosanitaria;
- attuazione degli **Ospedali di comunità** e trasformazione delle Case di Riposo in "**Centri servizi**".

Riteniamo indispensabile per l'efficacia della rete di assistenza territoriale il rafforzamento e il consolidamento del **ruolo politico delle Conferenze dei Sindaci** a livello di Ulss e di Distretto per dare risposte concrete anche nelle piccole realtà comunali, procedendo alla corretta ripartizione/attribuzione dei correlati finanziamenti tra ospedale e territorio. Attraverso la stesura del Piano di Zona dei Servizi alla Persona si avrà una migliore definizione degli obiettivi da conseguire da parte delle ULSS e dei Comuni, dei modelli organizzativi e gestionali possibili e degli indicatori di verifica dei risultati.

A questo proposito riteniamo opportuna l'attivazione di un **osservatorio trilaterale** (Ulss, Comuni, Organizzazioni Sindacali) con l'obiettivo di monitorare l'attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale, del Piano di Zona e il rapporto di integrazione tra il servizio ospedaliero e i servizi del territorio.