CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

DECIMA LEGISLATURA

PROGETTO DI LEGGE N.

PROPOSTA DI LEGGE

Presentata il 20 maggio 2016 dai consiglieri Sinigaglia, Moretti, Azzalin, Dalla Libera, Ferrari, Fracasso, Guarda, Pigozzo, Ruzzante, Salemi, Zanoni, Zottis,

MODIFICHE DELLA LEGGE REGIONALE NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA E APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2016

Relazione

La presente proposta di legge intende apportare alcune importanti integrazioni e modifiche alla vigente legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016".

In primo luogo, si propone di ridefinire il bacino di riferimento delle Ulss, adottando come parametro un numero di abitanti compreso tra i 400.000 e 500.000 abitanti, eccezion fatta per la specificità del territorio montano e del polesine.
Ogni Distretto pari o superiore a 200.000 abitanti, nella organizzazione territoriale, dovrà prevedere un'unità operativa complessa (UOC) di Cure Primarie, un' UOC Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Familiari, un'UOC per la Disabilità e la Non autosufficienza, un'UOC per le cure palliative, un'UOC per le attività specialistiche, un'UOC per il sociale con il compito anche di collaboratore con il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali.
I Dipartimenti di prevenzione, di salute mentale e per le dipendenze manterranno la configurazione prevista nelle Aziende Ulss secondo la disciplina della legge regionale n. 56 del 1994.
La rete degli ospedali generali pubblici e privati accreditati della Regione Veneto oltre al modello hub e spoke dovranno essere configurati in base al Decreto ministeriale 70 del 2015, la cui classificazione deve valere per ogni ospedale in riferimento ai requisiti minimi tecnologici, specialistici ed organizzativi caratteristici del livello di appartenenza nella rete ospedaliera e nella rete dell'emergenza urgenza. L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera dovrà essere progressivamente effettuata in rapporto ai bacini di utenza come indicati nello stesso DM 70/2015.
All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale: - rete infarto - rete ictus - rete traumatologica - rete neonatologica e punti nascita - rete medicine specialistiche - rete oncologica - rete pediatrica - rete trapiantologica - rete terapia del dolore - rete malattie rare – rete emergenza urgenza.

La novità di maggiore impatto è senza dubbio l'Agenzia Veneta socio-sanitaria per l'esercizio di funzioni tecniche e amministrative di supporto alle Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS), alle Aziende Ospedaliere, all'Istituto Oncologico Veneto (lOV) e agli altri enti del servizio socio sanitario regionale veneto.

Non meno importanti le misure previste per l'abbattimento delle liste d'attesa: le Ulss e le Aziende Sanitarie, in collaborazione con la Direzione Generale Socio Sanitaria Veneta dovranno adottare un programma straordinario per migliorare significativamente i tempi di attesa, semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte degli specialisti in caso di patologie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici; nel caso in cui i tempi d'attesa siano fuori controllo scatterà il blocco della libera professione.

La Regione Veneto attiverà in tutte le Ulss del Veneto il Fascicolo Sanitario Elettronico contenente la storia clinica della popolazione, strumento di prevenzione, di controllo farmaceutico, diagnostico e specialistico, di monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni e dell'idoneità assistenziale, idoneo per la medicina di iniziativa e per la pianificazione assistenziale.

Alcune novità rilevanti riguardano anche le strutture pubbliche di assistenza agli anziani: per le IPAB – centri servizi residenziali - autorizzate e accreditate che gestiscono servizi per anziani autosufficienti e non autosufficienti l'Irap è ridotta di 3 punti percentuali. Inoltre, La quota sanitaria o cosiddetta impegnativa capitaria viene aumentata dello 0,5% se il paziente viene ospitato in una struttura residenziale pubblica o ipab.

Per il triennio 2016/ 2017/2018 si prevede la sospensione della programmazione sociosanitaria regionale e dei Piani di Zona per la costruzione di nuovi Centri Servizi residenziali per anziani non autosufficienti.

MODIFICHE DELLA LEGGE REGIONALE 29 GIUGNO 2012 n. 23 "NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIOSANITARIA E APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2016"

Art. 1 - Modifica dell'articolo 1 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. Il comma 3 dell'articolo 1 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è così sostituito:

" 3. *Al fine di assicurare le migliori performance gestionali ed assistenziali, il bacino di riferimento delle Ulss è compreso tra i 400.000 e 500.000 abitanti, fatta salva la specificità del territorio montano e del polesine. Per la modifica del perimetro territoriale delle Ulss è obbligatoria l'acquisizione del parere dei Comuni interessati dai nuovi confini".*

Art. 2 - Inserimento dell'articolo 1bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. Dopo l'articolo 1 della legge regionale legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente articolo:

"1bis Agenzia veneta sociosanitaria

1. *Al fine di uniformare e razionalizzare l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, dei servizi socio sanitari e garantire l'integrazione dei servizi socio assistenziali è attivata l'Agenzia Veneta socio-sanitaria per l'esercizio di funzioni tecniche e amministrative di supporto alle Unità Locali Socio Sanitarie (ULSS), alle Aziende Ospedaliere, all'Istituto Oncologico Veneto (lOV) e agli altri enti del servizio socio sanitario regionale veneto.*

2. *L'Agenzia Veneta socio-sanitaria è costituita dalle ULSS, dalle Aziende Ospedaliere, dallo lOV mediante la sottoscrizione di un "Accordo quadro".*

3. *L'Agenzia veneta socio-sanitaria è presieduta dal Comitato dei Direttori Generali formato dai Direttori generali delle ULSS, delle Aziende Ospedaliere, dello lOV e dal il Direttore generale all'area sanità e sociale della Regione del Veneto.*

4. *L'Agenzia veneta socio - sanitaria ha competenza in materia di: acquisti centralizzati, definizione di costi standard e relativo monitoraggio; gestione delle risorse umane; elaborazione di progetti di logistica integrata; attività di aggregazione inerenti il settore amministrativo e tecnico; attività di aggregazione nell'ambito clinico-assistenziale e nell'ambito di progetti regionali inerenti il settore della Ricerca e del Technology Assessment; progetti regionali inerenti l'omogeneizzazione e lo sviluppo del settore Information and Communications Technology (ICT); autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie; riorganizzazione e coordinamento degli uffici legali di ULSS, Aziende Ospedaliere, lOV ed enti sanitari regionali; sperimentazione di nuovi modelli organizzativi in tema di distribuzione di beni sanitari e gestione del risk management; progettazione e realizzazione di interventi di tipo culturale-scientifico e di specifiche attività di formazione e informazione nel settore del farmaco e dei dispositivi medici; iniziative di informazione e formazione; gestione del rischio e del contenzioso assicurativo.*

Art. 3 - Inserimento dell'articolo 1ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. Dopo l'articolo 1bis della legge regionale legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente articolo:

"1ter Riduzione delle liste d'attesa
1. Le Ulss e le Aziende Sanitarie, in collaborazione con la Direzione Generale Socio Sanitaria Veneta adottano un programma straordinario per ridurre i tempi di attesa, semplificare gli accessi e assicurare la presa in carico da parte degli specialisti in caso di patologie croniche o in caso di necessità di approfondimenti diagnostici;
2. Le Aziende USL, in collaborazione con le Aziende Ospedaliere e IRCCS adottano le seguenti azioni:
a) la ridefinizione degli ambiti territoriali, interaziendali, in cui devono essere assicurati i tempi di attesa
b) l'attivazione dei " percorsi di garanzia" interaziendali o regionali per i casi di particolare criticità o per alcune visite specialistiche, attraverso convenzioni con il privato accreditato.
c) l'offerta aggiuntiva di prestazioni in caso di criticità dei tempi di attesa anche attivando nuove assunzioni e con l'acquisto di nuova tecnologia;
d) lo sviluppo di protocolli interaziendali per fissare precisi criteri per la prescrizione della giusta prestazione e corretta priorità in relazione al quesito diagnostico;
e) la verifica dell'appropriatezza prescrittiva su tutte le prestazioni; in particolare diagnostica pesante (RM e TC);
f) la presa in carico clinica da parte dello specialista e prenotazioni in carico

alla struttura in caso di accertamenti diagnostici e attivazione di Day Service ambulatoriali in caso di pazienti complessi;
g) la costituzione in ogni Ulss di team multidisciplinari per la gestione di tutte le criticità, per controllare le attività e l'attivazione di un continuo monitoraggio delle azioni e dei risultati.
h) l'obbiettivo di miglioramento dei tempi di attesa è inserito nella programmazione annuale e negli obbiettivi di mandato dei Direttori Generali;
i) attivazione di progetti innovativi come il CUP On Line, per prenotare l'appuntamento in modalità self service, il ReCall, sistema automatico regionale che contatta l'assistito per ricordare via telefono, sms, APPs, la visita in scadenza
l) richiedere conferma e cancellazione, cancellazione on demand, sistema automatico regionale tramite il quale l'assistito comunica (H24) la cancellazione della sua prenotazione via telefono (con operatore virtuale) e via APPs, Pagamento Ticket via smartphone, per evitare all'assistito una ulteriore fila alle casse al momento dell'erogazione della prestazione
m) *introduzione* del *pagamento del ticket per chi non disdice la prenotazione.*
n) Blocco della libera professione nel caso in cui i tempi d'attesa siano fuori controllo.

Art. 4 - Modifica dell'articolo 10 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. All'articolo 10 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 sono inseriti i seguenti commi:

"3bis La Giunta predispone con cadenza annuale una relazione sulla realizzazione e attivazione dei servizi previsti nelle schede di dotazione territoriale, sulle realizzazione delle strutture intermedie e sulla realizzazione delle medicine di gruppo integrate.

3ter La Giunta ogni tre anni aggiorna la programmazione delle schede territoriali in base ai bisogni del territorio. La commissione competente esprime parere sulla relazione e sulla nuova programmazione".

Art. 5 - Inserimento dell'articolo 16bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. Dopo l'articolo 16 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 16 bis Interventi per i Centri Servizi per non autosufficienti
1. *Per il triennio 2016/ 2017/2018 è sospesa la programmazione sociosanitaria regionale e dei Piani di Zona e quindi l'autorizzazione per la costruzione di nuovi Centri Servizi residenziali per anziani non*

autosufficienti."

Art. 6 - Inserimento dell'articolo 16ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. Dopo l'articolo 16bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 16 ter Riduzione Irap alle IPAB
Per le ipab – centri servizi residenziali - autorizzate e accreditate che gestiscono servizi per anziani autosufficienti e non autosufficienti l'Irap è ridotta di 3 punti percentuali"

Art. 7 - Inserimento dell'articolo 16quater della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. Dopo l'articolo 16ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 16 quater Quota sanitaria

1. *La quota sanitaria o cosiddetta impegnativa capitaria viene aumentata dello 0,5% se il paziente viene ospitato in una struttura residenziale pubblica o ipab"*

Art. 8 - Inserimento dell'articolo 19 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. Dopo l'articolo 19 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art. 19 bis La Conferenza dei sindaci

1. *La Conferenza dei Sindaci coincide, anche in seguito a nuova configurazione del perimetro delle Ulss, al territorio delle Ulss così come determinate dalla legge regionale 56 del 1994.*
2. *La conferenza dei Sindaci esprime il parere consultivo sul bilancio di previsione e sul consuntivo della Ulss di appartenenza, trasmette le proprie valutazioni alla Regione ed in particolare alla commissione competente.*
3. *La Conferenza dei Sindaci approva il Piano di Zona.*
4. *La Conferenza dei Sindaci esprime il parere consultivo sulle schede di*

dotazione territoriale, sulla collocazione delle strutture intermedie di cui all'art. 10 e sulle medicine di gruppo integrate.

5. *La Conferenza dei Sindaci collabora con l'Ulss per la realizzazione delle MGI – Medicine di Gruppo Integrate – anche mettendo a disposizione idonee strutture.*

6 *E' abrogato il comma 3 dell'art 22 della legge regionale n. 56 del 1994."*

Art. 9 - Inserimento dell'articolo 19 ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. Dopo l'articolo 19 bis della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente

   "19 ter Il Piano di zona

1. *Il piano di zona dei servizi sociali è lo strumento, di norma triennale, con cui si governa il sistema locale dei servizi e degli interventi sociali e socio sanitari. Il piano di zona viene elaborato dall'esecutivo della conferenza dei Sindaci in collaborazione con il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali e con il direttore del Distretto e poi approvato dalla Conferenza dei sindaci e recepito con visto di congruità dalla Regione.*

2. *Il piano di zona rappresenta lo strumento mediante il quale la Regione Veneto attua la programmazione dei servizi sociali e sociosanitari nei territori coincidenti con quelli delle Aziende Ulss così come configurate dalla legge regionale n. 56 del 1994.*
3. *I soggetti titolari del piano di zona sono:*

a) *i Comuni facenti parte della Conferenza dei Sindaci e ricompresi negli ambiti territoriali del Distretto corrispondente al perimetro delle ulss così come previste dalla legge 56 del '94;*

4. *I soggetti che concorrono all'elaborazione e attuazione del Piano di Zona sono:*

a) *le Province nelle materie sociali ad esse delegate;*
b) *la Regione che interviene, nell'elaborazione e realizzazione dei piani di zona, attraverso le Aziende ULSS cui competono responsabilità generali di programmazione, coordinamento, vigilanza e controllo sulle materie sanitarie e sociali;*
c) *altri soggetti pubblici (Amministrazioni periferiche dello Stato: scolastiche, della giustizia, del lavoro, IPAB, Comunità Montane);*
d) *i soggetti del terzo settore o privato sociale che sono presenti nel territorio e ricoprono un ruolo propositivo nella comunità di riferimento."*

Art. 10 - Inserimento dell'articolo 19 quater della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e

approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. Dopo l'articolo 19ter della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"*Art. 19 quater Distretti socio sanitari*

1. *i distretti sono di norma configurati secondo il perimetro delle Aziende Ulss così come previste dalla legge regionale 56 del 1994 e comunque si possono prevedere più distretti laddove il numero di abitanti sia superiore a 200.000 abitanti.*
2. *Il direttore del distretto:*

a) *persegue gli obbiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale.*

b) *E' componente del collegio di direzione.*

c) *Coadiuva il Direttore del Sociale nella stesura e applicazione del Piano di Zona e del Piano Attuativo Locale.*

d) *Presenta una Relazione annuale alla Conferenza dei Sindaci di appartenenza sui bisogni e sull'applicazione delle attività assistenziali del Distretto.*

3. *Ogni Distretto nella organizzazione territoriale, dovrà prevedere un'unità operativa complessa (UOC) di Cure Primarie, un'UOC Infanzia Adolescenza Famiglia e Consultori Familiari, un' UOC per la Disabilità e la Non autosufficienza, un'UOC per le cure palliative, un'UOC per le attività specialistiche, un' UOC per il sociale con il compito anche di collaboratore con il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali.*"

Art. 11 - Inserimento dell'articolo 19 quinquies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1. Dopo l'articolo 19 quater della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art 19 quinquies – La Rete ospedaliera

1. *La rete degli ospedali generali pubblici e privati accreditati della Regione Veneto oltre al modello hub e spoke dovranno essere configurati in base al Decreto ministeriale 70 del 2015.*
2. *Ogni ospedale dovrà avere i requisiti minimi tecnologici, specialistici ed organizzativi caratteristici del livello di appartenenza nella rete ospedaliera e nella rete dell'emergenza urgenza, in base alla classificazione del DM 70/2015*
3. *L'ospedale integra la propria funzione con gli altri servizi territoriali attraverso l'adozione ordinaria di linee guida per la gestione integrata dei PDT per le patologie complesse ed a lungo termine (in particolare quelle oncologiche e cardiovascolari) e di Protocolli di Dimissione protetta per i pazienti che richiedono continuità di cura in fase post acuta (in*

particolare per i pazienti con lesioni traumatiche e neurologiche).

4. *Le Aziende Sanitarie e le ulss avviano programmi di telemedicina per la gestione integrata tra ospedale e territorio di alcune condizioni cliniche ove ciò sia appropriato, tra le quali lo scompenso cardiaco, le broncopneumopatie croniche, il diabete.*
5. *L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera deve essere progressivamente effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di indicati nel D.M. 70.*
6. *Per le attività ospedaliere è definita l'associazione volumi-esiti così come configurata dalla D.M. 70 del 2015; alcune le soglie minime possono essere scelte sulla base di criteri di costo-efficacia, in rapporto con i fabbisogni specifici dell'area montana, lagunare e del polesine.*
7. *La Regione attiva standard organizzativi generali, strutturali e specifici secondo il modello di governo clinico (Clinical Governance), così come previsto dal D.M. 70, per dare attuazione al cambiamento complessivo del sistema sanitario e fornire strumenti per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie a erogare un servizio di assistenza di qualità, sostenibile, responsabile, centrato sui bisogni della persona*
8. *All'interno del disegno globale della rete ospedaliera è necessaria l'articolazione delle reti per patologia che integrano l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale: - rete infarto - rete ictus - rete traumatologica - rete neonatologica e punti nascita - rete medicine specialistiche - rete oncologica - rete pediatrica - rete trapiantologica - rete terapia del dolore - rete malattie rare – rete emergenza urgenza."*

Art. 12 - Inserimento dell'articolo 19 quinquies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1 Dopo l'articolo 19 quinquies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente:

"Art 19 sexties Fascicolo Elettronico

1. *La Regione Veneto attiva in tutte le Ulss del Veneto il Fascicolo Sanitario Elettronico contenente la storia clinica della popolazione, strumento di prevenzione, di controllo farmaceutico, diagnostico e specialistico, di monitoraggio dell'appropriatezza delle prestazioni e dell'idoneità assistenziale, idoneo per la medicina di iniziativa e per la pianificazione assistenziale.*
2. *La Giunta entro 90 giorni dall'approvazione della presente legge, sentita la commissione competente, approva i decreti attuativi del Fascicolo Sanitario Elettronico."*

Art. 13 - Inserimento dell'articolo 19 septies della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione sociosanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016"

1 Dopo l'articolo 19 sexties della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 è inserito il seguente

"*Art. 19 septies Configurazione dei Dipartimenti di prevenzione, di salute mentale, per le dipendenze ai sensi della legge regionale n. 56/1994*

1. *Il Dipartimento di prevenzione, il Dipartimento di salute mentale, il Dipartimento per le dipendenze hanno la configurazione delle Aziende Ulss così come previste nella legge regionale n. 56 del 1994"*

Art. 14 – Modifiche all'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 "*Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016*"

1. L'ultimo capoverso del paragrafo 3. "*Gli ambiti della programmazione*" dell'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 "è così sostituito:

"*Anche se l'analisi storica sotto il profilo organizzativo e funzionale porta a confermare che le Aziende ULSS con un bacino di riferimento compreso tra i 200.000 e i 300.000 abitanti presentano migliori performance gestionali ed assistenziali, configurandosi questa come dimensione ottimale a cui tendere, è possibile attivare, in via sperimentale, per il prossimo quinquennio, le Aziende ULSS con un bacino tra i 400.000 e i 500.000 abitanti. Il processo di riorganizzazione delle Ulss ha tendenzialmente l' obbiettivo del perimetro provinciale."*

2. Gli ultimi due capoversi del paragrafo 3.1 "Assistenza territoriale" dell'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 sono così sostituiti:

   "*Nei Distretti il Direttore del Distretto assume funzione dipartimentale, unico responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale che:*

   - *persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale;*
   - *è componente del collegio di direzione;*
   - *coadiuva il Direttore del Sociale nella stesura e applicazione del Piano di Zona e del Piano Attuativo Locale;*
   - *presenta una Relazione annuale alla Conferenza dei Sindaci di appartenenza sui bisogni e sull'applicazione delle attività assistenziali del Distretto.*

   Ogni Distretto nella organizzazione territoriale, dovrà prevedere un'unità operativa complessa di Cure primarie, un'unità operativa complessa

Infanzia, adolescenza, famiglia e Consultori Familiari, un'unità operativa complessa per la Disabilità e la Non autosufficienza, un'unità operativa complessa per le Cure palliative, un'unità operativa complessa per le Attività specialistiche e un'unità operativa complessa per il sociale con il compito anche di collaborare con il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali."

3. Nel paragrafo 3.1.1 "*Obiettivi di salute prioritari nell'assistenza territoriali*" dell'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 dopo l'elenco identificato con la lettera d) sono aggiunte le seguenti parole:
   "*e)* ***nell'area del sostegno alla genitorialità e alla tutela del minore:***
   - *la promozione del ruolo dei Consultori familiari, un servizio ad alta integrazione socio-sanitaria, osservatorio privilegiato delle strutture familiari e delle sue problematiche. In base alle linee guida regionali, approvate con DGR. N° 215 del 2010, risponde ai bisogni di diagnosi e cura ginecologica, diagnosi e cura psicologica/sociale e alla prevenzione rivolta all'educazione socio-affettiva e sessuale; in particolare sono chiamati a rispondere alle nuove e complesse domande: l'aumentata richiesta di maternità sia biologica che sociale (adozione, affido), la richiesta da parte di donne straniere di recente immigrazione con culture e valori diversi, i problemi di tutela minorile in relazione a condizioni di trascuratezza, maltrattamento e abuso, i problemi delle coppie in difficoltà o separate e le famiglie monogenitoriali bisognose di supporto alla genitorialità;*
   - *l'attivazione di un costante raccordo e integrazione con i MMG, i PLS, i servizi di età evolutiva e NPI, con l'ente locale, con le istituzioni scolastiche, con le autorità Giudiziarie per rispondere ai bisogni sempre più complessi della famiglia;*
   - *la creazione di gruppi di lavoro specifici per la mediazione familiare, l'adozione, l'affido, lo spazio adolescenti/giovani, per la protezione e cura del minore, garantendo comunque l'unità progettuale del consultorio familiare;*
   - *garantire il personale per svolgere adeguatamente le funzione dei commi precedenti;*
   - *delegare la tutela dei minori alle'ulss per garantire l'appropriatezza degli interventi.*"
4. Nel paragrafo 3.2.4 "*Le reti cliniche integrate anche con il Territorio*" dell'allegato alla legge regionale 23 giugno 2012, n. 23 dopo le parole "*Per alcune reti a valenza strategica si ritiene di introdurre alcuni elementi innovativi, a seguito riportati.*" l'intero paragrafo denominato "Rete emergenza-urgenza" è sostituito dalle seguenti parole:
   *"**Rete per il trauma***
   Al fine di ridurre i decessi evitabili è necessario attivare un Sistema integrato per l'assistenza al trauma (SIAT), costituito da una rete di strutture ospedaliere tra loro funzionalmente connesse e classificate, sulla base delle risorse e delle competenze disponibili, in: Presidi di pronto soccorso per traumi (PST), Centri traumi di zona (CTZ), Centri traumi di

alta specializzazione (CTS). Tale classificazione si basa sul modello di rete integrata "hub and spoke", che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (hub), fortemente integrati con i centri periferici (spoke). Sono integrati, inoltre, con centri che svolgono funzioni particolarmente specifiche, concentrate in un unico Centro regionale o in centri sovra-regionali: Centro Grandi Ustionati, Unità Spinali Unipolari e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Centro per il Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni.

Presidio di Pronto soccorso per traumi (PST): si colloca in un ospedale con pronto soccorso generale e garantisce, prima di un eventuale trasferimento ad una struttura di livello superiore, il trattamento immediato, anche chirurgico, delle lesioni con instabilità cardio-respiratoria.

Centro traumi di zona (CTZ): si colloca in una struttura sede di DEA (I o II livello) e garantisce h.24, il trattamento, in modo definitivo, di tutte le lesioni tranne quelle connesse con tutte o alcune alte specialità. Deve essere dotato dei seguenti standard: - Personale addestrato alla gestione del trauma - Area attrezzata di accettazione per il trauma (shock room), comprendente almeno due postazioni per la stabilizzazione respiratoria e circolatoria e per le procedure chirurgiche di emergenza di controllo della via aerea, dello pneumotorace e delle emorragie - Chirurgia generale - Anestesia e Rianimazione - Medicina d'urgenza - Ortopedia - Radiologia dotata di sistemi di trasmissione a distanza delle immagini per consentire le attività di tele consulenza previste nell'ambito del SIAT - Laboratorio d'urgenza e Centro trasfusionale - Due sale operatorie contigue multifunzionali, per interventi di Chirurgia generale d'urgenza, Chirurgia ortopedica e eventuali interventi connessi con il trattamento del traumatizzato

Centro Traumi di Alta Specializzazione (CTS): ha un bacino di utenza ottimale di 2.000.000- 4.000.000 di abitanti e, laddove non si raggiunga, devono essere realizzate aggregazioni che coinvolgono più Regioni. Deve registrare un volume di attività per trauma di almeno 400-500 casi/anno e una quota di traumi gravi superiore al 60% dell'intera casistica trattata. Afferisce anche funzionalmente ad una struttura sede di DEA di II livello con Team del Dipartimento di Emergenza-urgenza dedicato alla gestione del trauma maggiore, in grado di accogliere pazienti con problematiche polidistrettuali o che necessitino di alte specialità, qualora non presenti presso gli altri Ospedali della rete (CTZ, PST). Identifica e tratta sulle 24 ore, in modo definitivo, qualsiasi tipo di lesione mono o poli-distrettuale e garantisce le cure intensive necessarie, salvo alcune funzioni particolarmente specifiche, svolte in centri regionali/sovra regionali (Centro Grandi Ustionati, Unità Spinale Unipolare e Riabilitazione del Cranioleso, Camera Iperbarica, Trattamento delle Amputazioni traumatiche e Microchirurgia, Centro Antiveleni). Deve essere dotato dei seguenti standard: - Sala di emergenza con possibilità in loco di stabilizzazione ed esami radiologici ed ecografici - T.A.C., angiografia

interventistica nelle immediate adiacenze - Sale operatorie h.24 - Attivazione sulle 24 ore della Chirurgia di controllo del danno, c.d. Damage Control Surgery Medicina d'Urgenza - Chirurgia Generale e d'Urgenza - Anestesia-Rianimazione - Rianimazione pediatrica, laddove prevista l'accettazione pediatrica - Ortopedia - Neurochirurgia - Radiologia con possibilità interventistica - Laboratorio e Centro trasfusionale. Inoltre devono essere presenti specialità quali cardiochirurgia, chirurgia maxillo-facciale, chirurgia plastica e previste (anche con accordi interaziendali) le funzioni di: urologia, neurologia ed elettrofisiologia, chirurgia vascolare, Chirurgia toracica, Chirurgia pediatrica, chirurgia vertebrale, endoscopia digestiva e broncoscopia, cardiologia, nefrologia e dialisi, diabetologia.

Rete emergenza-urgenza

Il sistema dell'emergenza urgenza opera attraverso le centrali Operative 118, la rete territoriale di soccorso e la rete ospedaliera.

Centrali Operative (CO) 118 e rete territoriale di soccorso.

La CO effettua la valutazione del grado di complessità dell'intervento necessario, definendo il grado di criticità dell'evento e, conseguentemente, attiva l'intervento più idoneo, utilizzando i codici colore gravità. Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, le automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e medico, le ambulanze di base con personale soccorritore certificato), in forma continuativa o estemporanea e tutti gli eventuali altri mezzi medicalizzati e non, che in forma continuativa o estemporanea intervengono nel soccorso sanitario. Tra i mezzi di soccorso l'eliambulanza, che rappresenta un mezzo integrativo e non alternativo delle altre forme di soccorso, deve essere usata in quelle situazioni tempo-dipendenti o legate a particolari condizioni assistenziali o a realtà territoriali disagiate (isole, zone montane).

La Regione stabilisce quali Centrali operative mantengono funzioni operative sovrazonali per l'elisoccorso, trasporto organi, farmaci ed equipe sanitarie, considerando la organizzazione comune con regioni viciniori per funzioni a basso volume di attività. La configurazione dei dati raccolti deve necessariamente adeguarsi al percorso ministeriale EMUR, che permette anche la gestione unica della banca dati 118 a livello regionale.

Rete territoriale di soccorso.

Il nuovo modello organizzativo dell'assistenza, caratterizzato da un potenziamento delle attività sul territorio e dalla realizzazione di una rete ospedaliera dedicata alle patologie complesse, deve prevedere la presenza di uno sviluppo del servizio di emergenza territoriale tecnologicamente avanzato, in grado di affrontare le emergenze e di condividere le procedure con l'attività del distretto e con la rete ospedaliera garantendo,

in tal modo, una reale continuità dell'assistenza nell'interesse della popolazione, anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118 e la trasmissione di immagini e dati.