



Università
Ca' Foscari
Venezia

Corso di Laurea magistrale
in Lavoro, Cittadinanza sociale,
Interculturalità

Tesi di Laurea

Il paziente fragile

—

Ca' Foscari
Dorsoduro 3246
30123 Venezia

Il ruolo delle strutture intermedie
nel territorio veneto

Relatore

Chiar.ma Prof.ssa Anna Rita Colloredo

Correlatore

Chiar.ma Prof.ssa Anna Furlan

Laureanda

Elisa Furlan

Matricola 830776

Anno Accademico

2013 / 2014

Alla mia famiglia

Indice

| | |
|---|-----------|
| Storia di un paziente fragile | 1 |
| Introduzione | 3 |
| Capitolo I: Definizione del paziente fragile..... | 9 |
| 1.1 – Breve storia del concetto di fragilità..... | 9 |
| 1.2 – Chi è il paziente fragile? | 12 |
| 1.3 – Tipi di assistenza a favore del paziente fragile..... | 15 |
| 1.3.1 – Assistenza ambulatoriale | 15 |
| 1.3.2 – Assistenza domiciliare | 16 |
| 1.3.2.1 – Assistenza domiciliare non integrata..... | 17 |
| 1.3.2.2 – Assistenza Domiciliare Integrata | 17 |
| 1.3.3 – Assistenza residenziale..... | 19 |
| 1.3.3.1 – Centri diurni..... | 19 |
| 1.3.3.2 – Residenze Sanitarie Assistite di 1°, 2° e 3° livello | 19 |
| 1.3.3.3 – Ospedali di Comunità | 21 |
| 1.4 – La presa in carico del paziente fragile | 25 |
| Capitolo II: Breve <i>excursus</i> normativo. Dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale alla definizione del paziente fragile in Veneto. 29 | 29 |
| 2.1 – La nascita del Servizio Sanitario Nazionale | 30 |
| 2.2 – Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale..... | 33 |
| 2.3 – La riforma dell’assistenza in Italia | 35 |
| 2.4 – Stato e Regione: enti uniti a favore del paziente | 38 |
| 2.5 – Regione Veneto: protagonista nella tutela della salute | 41 |
| 2.5.1 – Il paziente fragile riconosciuto nella Regione Veneto | 42 |

| | |
|--|-----------|
| Capitolo III: Il caso Regione Veneto | 46 |
| 3.1 – Scenario socio-demografico della Regione Veneto | 46 |
| 3.2 – La programmazione della Regione Veneto | 50 |
| 3.3 – La programmazione territoriale attraverso i Piani di Zona | 52 |
| 3.4 – Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 | 57 |
| 3.4.1 – La programmazione nel PSSR | 59 |
| 3.4.2 – I diversi modelli di assistenza garantiti dal PSSR | 61 |
| 3.5 – Le strutture di ricovero intermedie: l’Ospedale di Comunità | 64 |
| 3.5.1 – Dalla riduzione dei posti letto ospedalieri alla creazione dei posti letto dedicati alle strutture intermedie | 68 |
| 3.5.2 – Le strutture intermedie attivate nelle Aziende ULSS della Provincia di Venezia | 73 |
| 3.5.2.1 – L’Azienda ULSS n.10 <i>Veneto Orientale</i> | 74 |
| 3.5.2.2 – L’Azienda ULSS n.12 <i>Veneziana</i> | 76 |
| 3.5.2.3 – L’Azienda ULSS n.13 <i>Miranese</i> | 79 |
| | |
| Conclusioni..... | 84 |
| | |
| Allegati..... | 86 |
| | |
| Bibliografia | 91 |
| | |
| Riferimenti legislativi | 94 |

Storia di un paziente fragile¹

Mia mamma ha 83 anni. E' sempre stata una casalinga, ha allevato quattro figli e gestito la casa; la famiglia è sempre stata ed è ancora la sua unica ragione di vita. E' emigrata dal sud tanti anni fa insieme a suo marito, cui era legatissima e che è mancato un paio di anni fa, e ha tenuto sempre tutta la famiglia unita, facendo da punto di riferimento per tutti noi. Ancora oggi, casa sua è il nostro luogo di raccolta, anche se adesso lei non cucina più, ma prima cucinava e riuniva tutta la famiglia le domeniche e in tutte le feste comandate. L'unica cosa che le è sempre interessato, oltre alla famiglia, è il suo paese natale; anche in questi ultimi anni che è malata e si muove con fatica, vuole comunque affrontare il lungo viaggio pur di andare giù, non vuole rinunciare ad andarci, anche perché adesso lì è sepolto mio padre.

Oggi mia madre ha molti problemi di salute, che in realtà ci sono da anni, ma ora sono diventati molto più gravi. Ha il diabete, fa l'insulina e ormai non ci vede e non si muove quasi più. In realtà ha questi problemi da anni, infatti tra lei e mio padre era lei quella che guardavamo di più, e invece da un giorno all'altro se n'è andato lui. Lei ha patito molto questa perdita, che ha inoltre coinciso con il cambio di casa, si è dovuta spostare dalla casa in cui abbiamo sempre vissuto per una vita, ad una casa nuova, in una nuova zona. Questo perché la casa vecchia era al quarto piano di un palazzo senza ascensore e non si poteva più stare lì, con lei che non si muoveva già quasi più. Quindi mio fratello, che vive insieme a lei, ha deciso di vendere quella casa e di comprarne una nuova, ma in un'altra zona. Noi in realtà non eravamo molto convinti, ma è lui quello che ci vive insieme, e più di tanto non abbiamo insistito.

¹ Fondazione ISTUD, *Storie di vita negli anni d'argento*, 2013, pagina 26

Titolo: *Come famiglia siamo sempre presenti*. La protagonista è una donna di 83 anni e la narratrice è la figlia che racconta come la madre sia diventata un paziente fragile, con annesse problematiche di tipo sociale, abitativo ed economico

http://istud.it/up_media/ricerche/50storie.pdf, consultato il 16 dicembre 2014

http://www.tena.it/Documents/5_Region_South/Italy/Documents/interno_fic.pdf, consultato il 16 dicembre 2014

Per fortuna lei non ha vissuto troppo male questo trasferimento, perché ormai aveva già smesso di uscire di casa e ci vedeva già molto poco, quindi la nuova casa è una soluzione più comoda, anche se non del tutto accettata.

Qualche settimana fa la sua situazione si è aggravata, ha avuto un infarto ed è stata ricoverata in ospedale per quasi un mese.

Ci sono stati momenti in cui abbiamo creduto che non si riprendesse, ma invece si è ripresa abbastanza, solo che adesso deve fare la dialisi ogni due giorni, non ha ancora ripreso a camminare e quindi le cose sono cambiate. Come famiglia siamo sempre presenti, anche grazie al fatto che siamo numerosi e ci alterniamo, ma comunque ci siamo sempre tutti, continuiamo a riunirci a casa sua la domenica, ma anche durante la settimana facciamo i turni, in modo che non sia solo mio fratello, che vive con lei, a doversene occupare. Da quando ha avuto il peggioramento è improvvisamente diventato tutto più faticoso, ogni due giorni bisogna alzarsi all'alba perché l'ambulanza passa a portarla in ospedale per fare la dialisi.

I problemi sono che non si alza più da sola, ed è pesante, quindi adesso mio fratello non riesce più da solo a sollevarla, bisogna essere sempre in due. La stessa cosa succede poi la sera per metterla a dormire, quindi ci alterniamo io e mia sorella per restare a casa con lei fino a che non va a dormire. Per ora ha bisogno anche di essere imboccata per mangiare. Speriamo che piano piano riesca a riprendere a fare queste cose da sola come faceva prima, perché se la situazione resta così diventa davvero pesante. [...].

Secondo me dall'ospedale avrebbero dovuto mandarla in una struttura di riabilitazione di transizione, in modo che ricominciasse gradualmente a camminare e mangiare da sola prima di tornare a casa. Ora speriamo che ricominci a casa, ma temo che non riesca più.

Adesso ci dobbiamo informare sulla possibilità di avere un'assistenza, per garantire un po' di aiuto a mio fratello.

Introduzione

Ho pensato di aprire la mia tesi con una storia di vita che rappresentasse immediatamente il "protagonista" di questo lavoro: il paziente fragile.

Oggi sono molte le famiglie che, nella gestione di un parente fragile, devono affrontare problemi di varia natura.

Nel racconto riportato emerge come i problemi di salute della protagonista si siano ulteriormente aggravati in seguito a cambiamenti socio-ambientali, quali il decesso del marito e lo sradicamento dal proprio contesto abitativo. Tutto questo ha comportato una perdita dell'equilibrio affettivo, temporale e spaziale, correlato ad un'ulteriore peggioramento dello stato di salute.

Il figlio, assieme ai suoi fratelli e sorelle, si prende cura della madre quotidianamente. La situazione è molto difficile poiché il paziente fragile non è autosufficiente.

La domanda è: se la madre fosse stata ricoverata in una struttura intermedia, come si era auspicata la famiglia, avrebbe recuperato almeno le funzioni primarie?

Il ricorso ad un'assistenza esterna si sarebbe potuta evitare se la deospedalizzazione fosse avvenuta secondo i criteri della dimissione protetta?

A queste e ad altre domande cerco di rispondere nel corso del mio progetto di tesi, la scelta del cui tema non è stata per niente casuale poiché, durante il percorso di studi magistrali, ho effettuato il tirocinio professionale presso lo Sportello Integrato dell'Azienda ULSS n. 10 *Veneto Orientale* della provincia di Venezia.

Tale servizio si occupa principalmente della dimissione protetta del paziente fragile dal presidio ospedaliero al domicilio o presso una struttura residenziale.

Si tratta di un ambito lavorativo dove vige un'alta integrazione socio-sanitaria, in quanto i professionisti delle due aree lavorano in sinergia per

aiutare il paziente e la sua famiglia, molte volte oberata dal lavoro di cura, ad intraprendere il percorso di deospedalizzazione più idoneo ai propri bisogni, con l'obiettivo di favorirne l'autodeterminazione.

Il presidio sanitario ospedaliero è sicuramente un ambito di lavoro frenetico, costellato da numerosi imprevisti. La priorità da parte dei professionisti, vista la numerosa richiesta, sembra essere quella di liberare i posti letto nel minor tempo possibile; tale situazione, quindi, non garantisce all'utente il tempo necessario per esaminare e valutare il percorso di cura più appropriato da intraprendere.

Ho potuto appurare, per quanto riguarda i servizi garantiti dal Sistema Sanitario Nazionale, come le liste d'attesa, sia per l'accesso alle strutture residenziali che per l'accesso ai servizi domiciliari, siano molto lunghe.

Il territorio veneto preso in esame, inoltre, non è pienamente a regime rispetto all'attuazione delle strutture intermedie sancite all'interno del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016.

Quest'ultimo elemento, in particolare, ha fatto nascere in me la voglia di approfondire le caratteristiche del paziente fragile e dei servizi a lui dedicati, attraverso un'analisi del contesto sociale, normativo e politico attuale.

Il lavoro inizia con la descrizione del paziente fragile attraverso una breve definizione del termine fragilità; prosegue con un'analisi più approfondita e dettagliata rispetto ai diversi tipi di assistenza garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale e dei rispettivi attori socio-sanitari coinvolti. L'ultima parte è dedicata alla presa in carico del paziente fragile sia da parte della famiglia che da parte dei servizi sociali.

L'elaborato si focalizza poi su un breve *excursus* normativo in ambito socio-sanitario; vengono analizzate le leggi che hanno portato alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale (L. n. 833/1978) e alla riforma dei servizi sociali (L. n. 328/2000).

La successiva descrizione dei ruoli dallo Stato e dalle Regioni, si conclude con le norme che regolano l'accesso ai servizi nella Regione Veneto, nello specifico rispetto al Piano Locale della Domiciliarità (DGR n. 39/2006).

Il lavoro si conclude con un'analisi sulla programmazione regionale del Veneto attraverso la definizione dei Piani di Zona e del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016.

La seconda parte del capitolo si focalizza sul numero dei posti letto ospedalieri tagliati in seguito alla *Spending review* (L. n. 135/2012) e come la Regione Veneto ha sopperito a tali tagli attraverso l'inserimento dei posti letto delle strutture intermedie. L'analisi si contestualizza nello scenario socio-sanitario delle Aziende ULSS della provincia di Venezia, attraverso la comparazione tra i posti letto di tali strutture già attivati e quelli ancora da attivare.

Brevi cenni sul welfare

Il paziente fragile si colloca all'interno di un determinato quadro di politiche sociali, che ritengo utile analizzare brevemente per poter fornire degli elementi volti alla contestualizzazione dei problemi affrontati.

Raggiungere il benessere globale all'interno della società è da sempre l'obiettivo primario dello Stato, attraverso l'attuazione di politiche sociali, volte alla determinazione di norme, standard e regole per una distribuzione equa di risorse ed opportunità (Ferrera, 2012).

Il *welfare state*, nello specifico, è un insieme di politiche pubbliche che poggiano sull'autorità dello Stato, il quale fornisce protezione contro i rischi avvalendosi dell'assistenza, dell'assicurazione e della sicurezza sociale (Ferrera, 2012). Esso, però, per raggiungere tali obiettivi lavora in sinergia con il mercato, le famiglie ed il terzo settore².

Le politiche più importanti in Italia sono quelle pensionistiche, sanitarie, del lavoro e di assistenza sociale che, nel loro insieme, promuovono l'integrazione, affinché ogni individuo faccia parte di un unico tessuto sociale che possa garantire loro risorse ed opportunità.

Tali politiche, però, si devono interfacciare con i mutamenti socio-economici che il nostro Paese sta affrontando ormai da almeno trent'anni (Ranci, 2004).

La società italiana sta subendo i seguenti quattro cambiamenti (Ranci, 2004):

- *l'invecchiamento demografico, che comporta l'aumento della domanda dei servizi, richiede maggiori oneri economici e contribuisce indirettamente a diminuire il peso relativo dei lavoratori attivi che finanziano la spesa sociale;*
- *la trasformazione delle famiglie, ovvero l'indebolimento delle reti familiari di sostegno con un conseguente aumento delle persone sole;*

² Per un maggior approfondimenti si veda Paci M., *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, Liguori editore, Napoli, 1989

- *la maggior partecipazione femminile al mercato del lavoro, comportando un'interruzione del lavoro di cura;*
- *l'aumento del lavoro flessibile e la stabilizzazione della disoccupazione.*

Lo Stato, per quanto riguarda le famiglie, ha delegato loro un'eccessiva responsabilità, sia per quanto riguarda la cura che la redistribuzione del reddito; tali componenti sono incoraggiate più dalla mancanza di alternative strutturate che non da forme attive di incentivazione e sostegno (Ranci, 2004).

La famiglia, quindi, è un attore implicito del sistema del *welfare state* poiché si presuppone la sua presenza senza, però, sviluppare misure di supporto ed accompagnamento (Ranci, 2004).

La famiglia, infatti, ha sempre avuto un ruolo centrale rispetto alla presa in carico dei propri cari, si pensi ai nonni che accudiscono i nipoti permettendo ai genitori di andare a lavorare, viceversa ai genitori che sostengono quotidianamente un figlio disoccupato ed infine a tutte le mogli, figlie e nuore³ che accudiscono i familiari fragili⁴.

Tale scenario, quindi, deve far riflettere coloro che sono alla guida del paese, affinché attivino nuove politiche che alleggeriscano il carico di cura nelle famiglie, poiché, nel corso dei prossimi anni, non ci sarà più una presa in carico scontata. I motivi di tale cambiamento, nello specifico, sono causati sia dalle trasformazioni demografiche, quali l'invecchiamento della popolazione⁵ e la diminuzione della natalità, che dalle instabili condizioni socio-economiche che si accingono ad affrontare

³ Naldini M., Saraceno C., *Sociologia della famiglia*, Il mulino, Bologna, 2001, cit. "Il lavoro di cura è un lavoro specificamente femminile", pagina 211

⁴ Due milioni sono gli anziani fragili che non hanno familiari in grado di prendersi cura di loro e che non ricevono alcun tipo di sostegno, neanche pubblico.

Fonte: Rapporto annuale Istat 2010

⁵ Gli ultra 65enni presenti in Italia ricoprono quasi il 20% della popolazione totale e si stima che raggiungeranno il 26,5% entro il 2030. La maggior parte sono donne e, in generale, il 40% è affetto da almeno una malattia cronica ed il 18% ha limitazioni funzionali che incidono nella loro quotidianità (disabilità), il 68% delle persone con disabilità presenta almeno 3 malattie croniche e l'8% è confinato all'interno del proprio domicilio.

Fonte: Rapporto Annuale Istat 2010

i prossimi anziani rispetto all'innalzamento dell'età pensionabile (Saraceno, 2012).

Il *welfare*, quindi, non deve essere pensato solo come spesa ma come una forma di investimento sociale, attraverso una redistribuzione delle risorse in maniera equa per lo sviluppo delle capacità di ogni individuo.

La crisi che stiamo vivendo ora vede un *welfare* affaticato che si sforza di sostenere una quantità sempre più crescente di beneficiari, più grande di quanti lavorano e pagano le tasse (Vecchiato, 2012).

Se fino ad ora la logica delle politiche sociali si è basata su un sistema di raccolta e distribuzione delle risorse, è arrivato il momento di rigenerare queste risorse attraverso la *capacità generativa* del lavoro di ogni aiutato, affinché quest'ultimo possa salvaguardare la propria dignità senza essere ridotto ad assistito, ma vivendo responsabilmente *l'aiuto che lo aiuta*⁶.

Il paziente fragile, quindi, si inserisce in un contesto di crisi, non solo sociale ma anche economico ed ambientale. Questo utente, infatti, deve affrontare numerosi problemi, quali sanitari, di gestione fisica, di contesto familiare ed ambientale (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

L'integrazione socio-sanitaria, a tal proposito, deve attivare servizi e strutture che facciano emergere l'unicità di ogni persona e favoriscano l'autodeterminazione di ogni singolo paziente, attraverso un continuo lavoro d'*equipe* tra le diverse figure professionali sanitarie e sociali.

⁶ Per un maggior approfondimento si veda Fondazione Zancan, *Verso un welfare generativo da costo a investimento*, n.2, 2013, pagina 5

Capitolo I

Definizione del paziente fragile

1.1 - Breve storia del concetto di fragilità

Il termine fragilità letteralmente esprime "la proprietà di alcuni materiali che, senza deformarsi, si rompono quando sono sottoposti a urti o carichi"⁷. Lo stesso vocabolo viene utilizzato per descrivere le caratteristiche di debolezza, gracilità e delicatezza, riferite a cose o persone.

Tale termine, in ambito sanitario definisce la condizione di una persona, generalmente anziana, con problemi di salute, che ha perso le capacità funzionali e sta subendo un declino del suo stato psico-fisico.

La fragilità, nella letteratura medica, compare per la prima volta negli anni '70 all'interno del *Federal Council on the Aging* negli Stati Uniti, guidata dal presidente Monsignor *Charles Fahey*. Tale federazione è stata istituita dal Congresso americano nel 1973 con l'obiettivo di formulare indicazioni e programmare interventi volti a soddisfare le necessità di una nuova categoria numerosa di anziani poveri ed abbandonati, reduci di guerra. L'anno seguente, il Monsignor *Fahey*, coniuga il termine "anziano fragile" o *frail elderly*, definendolo un soggetto compromesso da una condizione di disabilità fisica, compromissione affettiva, all'interno di un ambiente strutturalmente e socialmente sfavorevole (Ruggiero, Cherubini, Senin, 2007).

Il *Federal Council on the Aging*, successivamente, sancisce che la valutazione delle necessità assistenziali, l'organizzazione di un piano di cura assistenziale e la presa in carico di tutte le esigenze dell'anziano fragile sono gli elementi fondamentali sui quali costruire i servizi dedicati a tale tipologia di utenza.

Il termine fragilità, nel corso degli anni '80, includeva principalmente quelle persone ultra 75enni con un deterioramento fisico o mentale, ammesse ad un programma geriatrico, che necessitano di

⁷ Fonte: <http://dizionari.corriere.it>, consultato il 29 settembre 2014

assistenza istituzionale o sono dipendenti da altri per svolgere le attività quotidiane. Il termine *frail elderly*, inoltre, compare per la prima volta nella letteratura geriatrica in un articolo del Dipartimento di Medicina Geriatrica di Manchester (Ruggiero, Cherubini, Senin, 2007).

Questo concetto, alla fine di tale decennio, venne accostato a quello di disabilità (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

Gli anni '90 segnano la comparsa delle prime definizioni di fragilità non correlate alla presenza di malattie croniche, dipendenza o bisogno di servizi sanitari o sociali. Si verificò, infatti, uno spostamento di pensiero dall' "essere fragili" al "diventare fragili" per tutte le persone, non solo per quelle anziane (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

Successivamente, a partire dagli anni 2000 fino ad arrivare ad oggi, sono stati inseriti, assieme ai disturbi fisici che comportano la fragilità, anche fattori sociali, ambientali ed economici.

La nozione di fragilità, attualmente, resta un concetto in evoluzione al quale manca una definizione unanime e dei criteri diagnostici specifici, ma che include i campi cognitivi, funzionali e sociali.

Gli elementi principali, alla base dei vari significati attribuiti a tale termine nel corso della storia, si possono riassumere nella seguente lista (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010):

- *elementi bio-fisici correlati con l'età*, riguardano in particolare gli anziani poiché sussiste un biologico declino fisico. Non tutte le persone della stessa età che subiscono il medesimo processo di senescenza, però, si possono considerare fragili e, quelle che lo sono, non lo sono con la stessa intensità;
- *compromissione di numerosi sistemi fisiologici*, nello specifico avviene la compromissione della funzione muscolare, del sistema nervoso centrale, del sistema ormonale, della funzione immunologica e del sistema infiammatorio;
- *riduzione delle riserve con diminuita capacità di adattamento*, implica che la maggior parte degli organi subiscono una perdita del 70% della loro funzione prima che la loro insufficienza diventi evidente;

- *vulnerabilità agli stress ed ai cambiamenti ambientali*, viene menzionata in quasi tutte le definizioni ed è clinicamente validata dal decorso naturale di un paziente fragile dopo un problema di salute od una prova fisiologica;
- *aumento rischio di sviluppo di problemi di salute*, rispetto alla naturale tendenza omeostatica⁸ dell'organismo umano, la condizione di fragilità comporta esiti negativi;
- *instabilità e cambiamento prolungato nel tempo*, indica un'instabilità che negli stadi più avanzati assume un andamento irreversibile.

⁸ L'omeostasi è l'attitudine propria dei viventi a mantenere intorno a un livello prefissato il valore di alcuni parametri interni, disturbati di continuo da vari fattori esterni e interni, da <http://treccani.it>, consultato il 2 novembre 2014

1.2 - Chi è il paziente fragile?

La fragilità in un paziente consiste nella perdita parziale o totale delle capacità dell'organismo di tendere all'omeostasi. Tale condizione è determinata dalla concomitanza di diversi fattori: biologici, psicologici e socio-ambientali che, agendo in maniera sinergica, si amplificano e si perpetuano a vicenda. Il fenomeno, pur non essendo una prerogativa della popolazione anziana, come ribadito nel paragrafo precedente, è prevalentemente osservabile nella fascia degli ultra 65enni dove la cronicità, la comorbidità⁹, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo socio-sanitario, giocano un ruolo determinante (Trabucchi, 2005).

Un paziente, quindi, si può definire fragile nel momento in cui vive una situazione di instabilità globale, correlata ai determinanti della fragilità.

Si deve, però, distinguere il paziente fragile da quello cronico ed acuto.

Il paziente acuto ha un unico problema di salute, con un'instabilità clinica medio-bassa e una durata assistenziale presumibilmente limitata nel tempo, con possibilità di guarigione.

Il paziente cronico, invece, ha uno o più problemi di salute, con un'instabilità clinica medio-bassa ma necessita di un'assistenza prolungata nel tempo, con guaribilità improbabile.

Il paziente fragile, infine, deve affrontare numerose difficoltà (salute, disabilità, gestione e di contesto) con un'instabilità clinica strutturale medio-alta che lo vincola ad essere curato in maniera prolungata nel tempo. La guaribilità può essere probabile o meno a seconda della sua gravità. Tale soggetto, difatti, è definito un paziente complesso (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

Ai pazienti acuti devono essere riservati centri specializzati ad alta tecnologia, mentre a quelli cronici e fragili i servizi devono avere

⁹ La comorbidità denota la compresenza di più patologie nella stessa persona. Un paziente è in cura per una specifica patologia, ma presenta anche altre malattie che influiscono sulla terapia, sulla qualità di vita del paziente, sugli esiti della patologia principale e sulla durata di un ipotetico ricovero ospedaliero

un'organizzazione decentrata e basata su un'elevata accessibilità, continuità delle cure ed *equipe* multi professionali.

La fragilità, quindi, viene considerata come una condizione di rischio elevato rispetto a delle conseguenze avverse che producono un significativo peggioramento della qualità della vita.

Questa descrizione rappresenta la fragilità come una condizione di salute instabile, causata dalla presenza di uno o più dei seguenti determinanti della fragilità:

1. problemi di salute fisica e psichica, quali poli-patologie con instabilità clinica;
2. problemi di disabilità fisica e cognitivo-comportamentale, dovuti alla perdita di autonomia, memoria ed equilibrio;
3. problemi di gestione del paziente, rispetto alla somministrazione di farmaci ed alimentazione, con difficoltà nel trasporto, nella gestione economica e nei rapporti relativi al sistema socio-sanitario;
4. problemi di contesto familiare e socio-ambientale, dovuti a una famiglia inadeguata per vedovanza, assenza assistente familiare, relazioni sociali deboli o assenti, problemi di contesto ed economici¹⁰.

¹⁰ Definizione di fragilità posta in essere dalla Società italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) e la Società Italiana di Medicina Generale (SIMG)

La fragilità, così intesa, non impiega l'età come fattore discriminante e, pertanto, anche un giovane può essere considerato fragile.

Il paziente fragile, difatti, è affetto da almeno due delle tipologie di disturbi sopracitati, poiché sussiste un'influenza reciproca tra i diversi problemi. (Figura n. 1)

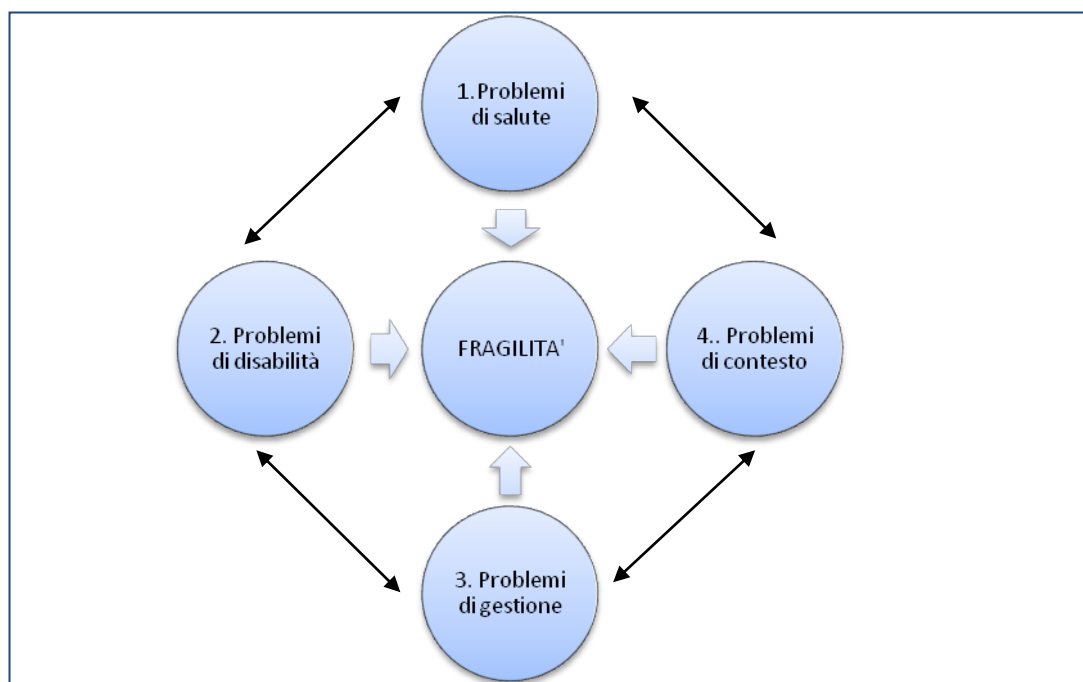


Figura 1: Interazione tra i determinanti della fragilità.

Fonte: De Toni, Giacomelli, Ivis, *Il mondo invisibile dei pazienti fragili*, Utet, Torino, 2010, pagina 98

1.3 - Tipi di assistenza a favore del paziente fragile

I determinanti della fragilità permettono ai professionisti di individuare l'assistenza più idonea alle esigenze socio-sanitarie del paziente.

Il paziente fragile, nello specifico, dispone di tre classi di assistenza primaria¹¹, ovvero quella ambulatoriale, domiciliare e residenziale.

1.3.1 - Assistenza ambulatoriale

Le strutture che compongono l'assistenza ambulatoriale sono: gli studi medici, le reti di studi medici (medicina di rete), gli studi medici di gruppo (medicina di gruppo¹²), le Unità Territoriali di Assistenza Primaria (UTAP¹³) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP¹⁴).

La riorganizzazione degli ambulatori di assistenza primaria, attualmente, è un'esigenza dovuta ai cambiamenti che il Servizio Sanitario Pubblico sta affrontando, quali:

- *la ristrutturazione della rete ospedaliera con una drastica riduzione dei posti letto;*
- *la crescente complessità normativa connessa alla prescrizione;*
- *la spinta al consumismo sanitario.*

¹¹ L'assistenza primaria riguarda i servizi a cui il cittadino accede direttamente sul territorio, attraverso le figure del Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta e la Guardia Medica. Funge da primo punto di contatto/accesso rispetto all'offerta assistenziale. Gli obiettivi principali dell'assistenza primaria sono: la presa in carico complessiva delle patologie croniche ad elevato impatto socio-sanitario, la reale continuità delle cure con il II livello e le modalità d'accesso alle cure primarie (Ivis, Rossetto, 2010). Raggiungere tali obiettivi comporta la compatibilità economica ed organizzativa del sistema sanitario

Un esempio di assistenza primaria sono le UTAP, le Unità Territoriali di Assistenza Primaria, ovvero aggregazioni organizzative di ambulatori tra i Medici di Medicina Generale

¹² Piano socio-sanitario regionale 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 49
Da ora in poi PSSR 2012/2016

¹³ IBIDEM, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 51

¹⁴ IBIDEM, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 45

Si dovranno, perciò, ridefinire, in un nuovo quadro dell'assistenza primaria, i pilastri organizzativi delle cure primarie, ovvero l'elevata accessibilità, il rapporto fiduciario e la continuità delle cure (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

1.3.2 - Assistenza domiciliare¹⁵

L'assistenza domiciliare, invece, rappresenta un'alternativa al ricovero ospedaliero per tutti quei pazienti multiproblematici, affetti da disabilità e con una scarsa autonomia funzionale. Un tale intervento, difatti, presuppone un servizio sanitario con un'appropriatezza organizzativa e un'abilità nel fornire risposte personalizzate.

Questo tipo di sostegno consente di attuare, presso il domicilio del paziente, servizi di cura e di riabilitazione migliorando la qualità di vita dello stesso e della sua famiglia, evitando l'ospedalizzazione impropria o il ricovero in strutture residenziali. Questa soluzione, inoltre, in molti casi autorizza le dimissioni protette poiché le condizioni sanitarie e socio-ambientali lo permettono (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

Gli attori principali sono il Medico di Medicina Generale¹⁶, gli infermieri domiciliari distrettuali, l'unità di ammissione e dimissione protetta e la Medicina di continuità assistenziale.

L'assistenza domiciliare prevede l'attivazione di due modelli, quali l'Assistenza domiciliare non integrata e l'Assistenza Domiciliare Integrata.

¹⁵ DGR 39/2006, *Piano locale per la domiciliarità*. Per un maggior approfondimento si veda il capitolo II, *Breve excursus normativo*, pagina 43

PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 52

¹⁶ Da ora in poi MMG

1.3.2.1 - Assistenza domiciliare non integrata

Si occupa dei bisogni di natura sociale e di assistenza sanitaria.

I professionisti coinvolti agiscono singolarmente dando vita ai seguenti servizi:

- Servizio Assistenziale Domiciliare (SAD), attivato dall'assistente domiciliare¹⁷, il quale si occupa della cura della persona e dell'ambiente, attraverso la fornitura dei pasti, il servizio lavanderia, un aiuto per l'igiene personale, ecc. Tale professionista, inoltre, offre un supporto educativo ai familiari che hanno in carico il paziente fragile;
- Servizio Infermieristico Domiciliare (SID), guidato dall'infermiere domiciliare che assicura l'attuazione di numerosi aspetti sanitari, come ad esempio la somministrazione di farmaci, le medicazioni, i prelievi, ecc.
- Assistenza Domiciliare Programmata (ADP), attivata dal MMG, che monitora lo stato di salute globale dei propri pazienti a cadenza settimanale, quindicinale o mensile, a seconda della necessità. Tale azione previene il ricorso alle forme di assistenza più complesse, come il ricovero ospedaliero.

Questi livelli di assistenza domiciliare non integrata rispondono a bisogni numericamente molto diffusi; essi sono in grado di garantire un buon contenimento delle problematiche e, contemporaneamente, prevenire un peggioramento delle stesse.

1.3.2.2 - Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

L'Assistenza Domiciliare Integrata viene predisposta per quei pazienti con bisogni assistenziali complessi, di natura principalmente sanitaria, attraverso l'erogazione di prestazioni di medicina generale, specialistica, infermieristica e di riabilitazione.

¹⁷ P SSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 102

Tale tipo di supporto implica l'attuazione di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, coordinate tra loro presso il domicilio del paziente mediante un programma personalizzato di assistenza. L'ADI, difatti, offre al paziente fragile multiproblematico con elevata instabilità clinica, una continuità di cura basata su una stretta collaborazione tra le parti, capace di garantire elevati standard assistenziali, esattamente come se l'utente fosse ricoverato presso una struttura protetta o in ospedale (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

I pazienti più comuni che usufruiscono di tale servizio sono persone non autonome che soffrono di malattie acute o croniche meritevoli del *follow up* o di un'assistenza da parte di un'equipe multi professionale; pazienti oncologici in fase critica o terminale; soggetti recentemente dimessi dall'ospedale in maniera protetta per poter ridurre così il loro tempo di degenza.

Gli attori coinvolti nell'ADI sono sedici¹⁸. La peculiarità di questa organizzazione è data dalla centralità dei pazienti ai quali si adatta tutto il sistema in una logica empatica.

L'ADI, nello specifico, attiva i seguenti servizi a favore del cittadino:

- l'integrazione con i medici di continuità assistenziale;
- l'assistenza burocratica a domicilio;
- le corsie preferenziali per visite specialistiche e per il ricovero ospedaliero;
- l'integrazione con assistenza residenziale;
- la fornitura di farmaci e presidi;
- l'accompagnamento del paziente a fine vita.

¹⁸ Gli attori coinvolti nell'ADI sono: responsabile cure primarie, medici continuità assistenziale, MMG, medici specialisti, medici ospedalieri, medici di distretto, direttori di distretto, infermiere professionista, dietista, terapisti della riabilitazione, fisioterapisti, assistente sociale, psicologo, operatore socio-sanitario, familiari e volontariato

1.3.3 - Assistenza residenziale¹⁹

L'assistenza residenziale risponde adeguatamente alle necessità dei pazienti con patologie croniche o in fase di post-acuzie, non affrontabili a domicilio per carenza del supporto familiare o per esigenze assistenziali di tipo professionale 24 ore su 24 ore.

Le strutture adibite a tale scopo sono i Centri diurni, le Residenze Sanitarie Assistite e gli Ospedali di Comunità.

1.3.3.1 - Centri diurni

Il Centro diurno accoglie pazienti con bisogni assistenziali e riabilitativi, permettendo loro di rimanere all'interno del proprio ambiente familiare e sociale, sollevando però la famiglia dal carico di cura globale. Il Centro svolge attività di tipo sanitario (prevenzione, terapia, riabilitazione), assistenziale (cura della persona e promozione dell'autonomia personale) e sociale (animazione, terapia occupazionale e socializzazione)²⁰.

1.3.3.2 - Residenze Sanitarie Assistite di 1°, 2° e 3° livello (RSA)

Le Residenze Sanitarie Assistite sono Centri di Servizio Territoriali, dotati di posti letto, per persone non-autosufficienti e forniscono assistenza continua giorno e notte.

Si distinguono sui seguenti tre livelli in base all'intensità assistenziale erogata:

- le RSA 1° livello sono formate da nuclei a minima intensità assistenziale. Le strutture ospitano pazienti fragili *semplici*, ovvero senza particolari urgenze e, difatti, il tempo dedicato da ogni professionista sanitario e sociale è mediamente inferiore a quello dei nuclei di 2° e 3° livello (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010);

¹⁹ PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 54

²⁰ Regione Veneto, *Vivere con una persona malata di Alzheimer e assisterla*, 2005

- le RSA 2° livello sono i nuclei a media intensità assistenziale. Ospitano pazienti fragili con bisogni complessi e che richiedono interventi assistenziali socio-sanitari frequenti ed un utilizzo costante di presidi ed apparecchiature.

I nuclei di 1° e di 2° livello si caratterizzano per il grado di tutela sanitaria che viene assicurata ai degenti superata la fase di acuzie della patologia da cui sono affetti. La maggior parte dei posti letto è occupata da pazienti permanenti, mentre una minima parte è riservata al *sollievo*.

Il *sollievo* è un intervento socio-sanitario che garantisce una residenzialità temporanea²¹ a tutte le persone che di norma sono assistite a domicilio ma, a causa di una mancanza di sostegno da parte della famiglia, vengono ospitate per un breve periodo all'interno di tali strutture protette. Questo tipo di accoglienza, infatti, consente alle persone che si prendono cura quotidianamente del paziente di diminuire lo stress derivato dal carico assistenziale²².

- le RSA 3° livello sono composte dai nuclei ad elevata intensità assistenziale, rivolti ai pazienti fragili difficilmente gestibili all'interno del loro contesto domiciliare, sia per il carico di lavoro che per lo stress psico-fisico al quale le famiglie sono sottoposte.

I settori coinvolti sono gli Stati Vegetativi Permanenti, i Nuclei *Alzheimer* e gli *Hospice*.

Il primo è dedicato a pazienti che versano in una grave condizione clinica a causa di una lesione cerebrale e richiedono l'intervento permanente di più figure professionali, affinché vengano controllate costantemente le funzioni vitali del soggetto (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

I Nuclei rivolti ai malati di *Alzheimer*, invece, si identificano nelle Sezioni ad Alta Protezione *Alzheimer* (SAPA) ed accolgono pazienti con una demenza di grado moderato-severo che, per il livello del

²¹ Il sollievo ha una durata di 30 giorni, rinnovabili per un massimo di ulteriori 30 giorni

²² Regione Veneto, *Vivere con una persona malata di Alzheimer e assisterla*, 2005

deficit cognitivo e per la presenza di significative alterazioni comportamentali, non trovano una risposta adeguata con l'assistenza domiciliare o in altre forme di residenzialità. I professionisti hanno l'obiettivo di stimolare il mantenimento delle capacità di memoria e dell'orientamento spazio-temporale, stabilizzando i problemi di salute correlati. L'inserimento all'interno di tale sezione può essere considerato un *sollievo*²³.

Gli *Hospice*, infine, sono centri residenziali in cui vengono fornite cure palliative²⁴ destinati ai pazienti affetti da patologie terminali. Gli interventi terapeutici sono finalizzati al controllo del dolore ed al sostegno psicologico, per alleviare le sofferenze dei malati in fase terminale. Ogni ospite è seguito da un'*equipe* composta dal MMG, esperto in cure palliative, psicologo, infermiere, assistente sociale e volontari (Verzolato, 2004).

1.3.3.3 - Ospedali di Comunità²⁵

Gli Ospedali di Comunità sono presidi gestiti anche dai medici di famiglia di quei pazienti affetti da una particolare fragilità sociale e sanitaria in fase acuta o sub acuta. Queste strutture collegano la rete dei servizi domiciliari, le strutture residenziali e i presidi ospedalieri, nonché permettono di affrontare i problemi di salute quali per cui non basta l'assistenza domiciliare ed è eccessivo un ricovero ospedaliero classico. Tale procedura consente di evitare o prolungare i "ricoveri impropri". La degenza, infatti, non dovrebbe superare i venti giorni (De Toni, Giacomelli Ivis, 2010).
(Tabella n.1)

²³ Regione Veneto, *Non è più lui, non è più lei*, 2009

²⁴ PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 52

²⁵ Per un maggior approfondimento si veda capitolo III, *Il caso Regione Veneto*, pagina 64
PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 47

| STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI | | | |
|---|--|---|---|
| | Centri diurni | Residenza Sanitaria Assistita | Ospedale di Comunità |
| Obiettivi | Fornire assistenza non necessariamente continua a bassa/medio livello di assistenza infermieristica e riabilitativa in forma residenziale. | Fornire assistenza continuativa a prevalente carattere sanitario a elevato livello di assistenza infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un adeguato supporto alberghiero. | Affrontare problemi di salute per i quali non è sufficiente l'ADI ed è eccessivo un ricovero ospedaliero in reparto per acuti. |
| Pazienti assistiti | Soggetti in autosufficienza temporanea o in non autosufficienza stabile. | Pazienti in temporanea non autosufficienza per motivi sanitari e/o sociali con necessità di cure riabilitative, non in fase acuta. | Pazienti in condizione di particolare fragilità sociale e sanitaria in fase acuta e/o subacuta, anche oncologici, che non necessitano di particolare assistenza specialistica. |
| Degenza media | Molta lunga. | Continua o medio-lungo periodo per RSA di 3° livello (massimo 90 giorni). | Medio breve (massimo 20 giorni). |
| Modalità di accesso | MMG o medico ospedaliero fanno richiesta al distretto e l'ammissione avviene previa UVDM. | MMG o medico ospedaliero fanno richiesta al distretto e l'ammissione avviene previa UVDM. | MMG gestisce la richiesta di ricovero di propria iniziativa o su richiesta del medico ospedaliero prima della dimissione. |
| Costi per il paziente | Variabili a seconda della struttura e per la tipologia del paziente. | Assenti fino al 30° giorno incluso; dal 31° è prevista una quota giornaliera a carico del paziente oppure ai soggetti obbligati da DM 130/2000. | Assenti. |
| Assistenza medico Clinica | Garantita dal MMG; l'assistenza infermieristica e riabilitativa è erogata in collaborazione con l'Azienda ULSS. | Garantita da figure mediche diverse e <i>staff</i> a seconda della necessità. | Garantita dal MMG in collaborazione con personale infermieristico e l' <i>equipe</i> di struttura. |
| Responsabilità organizzativa | Direttore del distretto o di un medico nominato come coordinatore. | Direttore del distretto- | Direttore del distretto. |
| Gestione Urgenze | Garantita: - dal MMG di giorno; -dal medico di continuità assistenziale di notte, prefestivi e festivi; Non reperibilità: 118 | Garantita: - dal MMG di giorno; -dal medico di continuità assistenziale di notte, prefestivi e festivi; Non reperibilità: 118 | Garantita: - dal MMG di giorno; - dal medico di continuità assistenziale di notte, prefestivi e festivi; Non reperibilità: - medico emergenza territoriale; -medico di pronto soccorso |

Tabella 1: Principali differenze tra le strutture residenziali che erogano cure primarie

Fonte: De Toni, Giacomelli, Ivis, *Il mondo invisibile dei pazienti fragili*, Utet, Torino, 2010, pagine 221, 222

L'individuazione della struttura più adatta al paziente in oggetto è basata sul tipo di assistenza più idoneo. I professionisti socio-sanitari, a tal fine, utilizzano una serie di domande (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

Si deve chiarire, anzitutto, se il paziente è autosufficiente: se la risposta è affermativa la classe di assistenza primaria più appropriata è quella ambulatoriale; se, invece, è negativa verrà scelta un'assistenza residenziale o domiciliare.

Quest'ultima soluzione presuppone un'indagine sulla presenza o meno di una rete familiare di supporto al malato. Si dovrà optare per l'assistenza domiciliare qualora tale sostegno esista, mentre nel caso opposto, si ricorre a quella residenziale.

La struttura più idonea ai bisogni del paziente fragile è dettata dal tipo di assistenza di cui necessita. Tale passaggio richiede un'analisi circa i problemi di salute del soggetto, ovvero se è affetto da una o più patologie di bassa, media o elevata intensità.

Ogni classe di assistenza, inoltre, è composta da più figure professionali che si distinguono per il grado di integrazione e formalizzazione.

(Tabella n. 2)

| | | CLASSI DI ASSISTENZA | | |
|------------------------|---------------|--------------------------------------|--|--|
| | | Ambulatoriale | Domiciliare | Residenziale |
| Integrazione | Attori | · Malato | · Malato | · Malato |
| | | · Famiglia | · Famiglia | · Famiglia |
| | | · Medico | · Medico | · Medico |
| | | · Farmacista | · Farmacista | · Farmacista |
| | | · Personale di studio | · Personale di studio | · Personale di studio |
| | | · Medici di continuità assistenziale | · Medici di continuità assistenziale | · Medici di continuità assistenziale |
| | | · Specialisti di ambulatorio | · Specialisti di ambulatorio | · Specialisti di ambulatorio |
| | | · Servizi Sociali | · Servizi Sociali | · Servizi Sociali |
| | | · Volontariato | · Volontariato | · Volontariato |
| | | · Altri | · Infermieri domiciliari | · Infermieri RSA |
| | | | · Organizzazione del distretto | · Organizzazione RSA |
| | | | · Unità operative ospedaliere dedicate | · Unità operative ospedaliere dedicate |
| | | · Altri | · Altri | |
| Formalizzazione | Bassa o media | Bassa o media | Bassa, media, alta | |

Tabella 2: Integrazioni e classi di assistenza

Fonte: De Toni, Giacomelli, Ivis, *Il mondo invisibile dei pazienti fragili*, Utet, Torino, 2010, pagina 117

1.4 - La presa in carico del paziente fragile

L'assistenza del paziente fragile non è semplice poiché le sue condizioni variano nel tempo. Tale dinamicità, difatti, comporta continui cambiamenti della classe di assistenza ed integrazione di appartenenza. All'evoluzione temporale della fragilità deve corrispondere un'evoluzione temporale della risposta, favorendo organizzazioni dinamiche, capaci di adattarsi a qualsiasi tipo di bisogno del paziente sia per quanto riguarda il modello che per la presa in carico.

La presa in carico del paziente fragile coinvolge innanzitutto la famiglia, che soddisfa le sue esigenze quotidiane, mediante l'instaurazione di relazioni significative all'interno ed all'esterno del contesto stesso.

Ogni nucleo familiare ha al suo interno il *care giver* che accudisce il paziente. La presa in carico da parte del *care giver*, nella maggior parte dei casi, è permanente e, tale situazione, può provocare in lui una condizione di disagio, dovuta ai pesanti carichi di cura e dalle responsabilità che il suo compito comporta.

Le famiglie che hanno in carico un paziente fragile, difatti, vivono costantemente uno stato di instabilità, in quanto le loro condizioni di salute e sociali possono mutare improvvisamente, causando una perdita della condizione di equilibrio (Trevisi, 2008).

La presa in carico del paziente fragile interessa anche altre figure professionali dell'ambito socio-sanitario.

Un esempio è riscontrabile durante la prassi della dimissione protetta dal presidio ospedaliero al domicilio o presso un Centro Servizio Territoriale²⁶. Tale prassi si snoda attraverso quattro fasi operative²⁷ che permettono di intraprendere un percorso comunicativo, valutativo ed organizzativo della dimissione.

²⁶ DDG 283/2010, *La dimissione protetta del paziente fragile*, A. ULSS n.10 Veneto Orientale

²⁷ Le quattro fasi operative assegnate ad ogni attore coinvolto sono: la segnalazione, l'inquadramento delle problematiche, la programmazione della dimissione, la dimissione e la presa in carico territoriale

L'anello di congiunzione tra i vari protagonisti è lo Sportello Integrato, poiché è il primo servizio messo a disposizione dei cittadini per favorire l'accesso alle prestazioni socio-sanitarie presenti nel territorio. La dimissione protetta, quindi, prevede la collaborazione costante tra assistenti sociali dello Sportello e i diversi attori sanitari e sociali, che operano in maniera continua con e per il paziente fragile e la sua famiglia.

(Grafico n.1)



Grafico 1: Attori coinvolti nella dimissione ospedaliera del paziente fragile

Fonte: DDG n. 283/2010, *La dimissione protetta del paziente fragile*, Azienda ULSS n.10 Veneto Orientale

Il protocollo della dimissione protetta, da parte dell'assistente sociale, si divide in quattro fasi, ovvero:

1. *Segnalazione*: l'Unità Operativa ospedaliera segnala, attraverso la *scheda di dimissione ospedaliera del paziente fragile*²⁸, il *paziente fragile* all'assistente sociale dello Sportello Integratola che contatta il coordinatore infermieristico per raccogliere le varie informazioni rispetto alla composizione della famiglia, diagnosi, terapia e condizione psico-fisica dell'utente. Il professionista, se necessario, consulta il MMG, le Cure Primarie e i servizi sociali comunali.
2. *Inquadramento delle problematiche*: l'assistente sociale convoca i familiari per informarli dell'attivazione del protocollo di dimissione protetta. Tale figura professionale, quindi, funge da filtro tra tutti i servizi coinvolti, facilitando il flusso e la trasmissione della documentazione necessaria per la buona riuscita della dimissione.
3. *Programmazione della dimissione*: l'operatore, dopo aver saputo la data di dimissione, la comunica ai servizi comunali, se necessario; attiva i servizi e le prassi necessarie per l'utente, come ad esempio l'approvvigionamento dei presidi o ausili prescritti, la valutazione globale del paziente e, eventualmente, la modifica del programma di dimissione.
4. *Dimissione e presa in carico territoriale*: l'assistente sociale garantisce la continuità e la sicurezza nel passaggio tra ospedale e domicilio o ospedale e struttura residenziale, mantenendo i contatti con la famiglia e facilitando il flusso informativo tra le varie strutture. Il professionista, assicura, inoltre, l'attuazione del piano assistenziale e la successiva registrazione dell'attività²⁹.

²⁸ Si veda allegato n.1, *Scheda ospedaliera di segnalazione del paziente fragile*, pagina 87
DDG 283/2010, A. ULSS n. 10 Veneto Orientale

²⁹ DDG 283/2010, *La dimissione protetta del paziente fragile*, A. ULSS n.10 Veneto Orientale, pagine 14,15

Ulteriori funzioni di competenza dell'assistente sociale dello Sportello Integrato, nell'ambito della dimissione protetta, consisto in:

- agevolare l'integrazione tra le *equipe* sanitarie e sociali ai fini della valutazione multidimensionale;
- favorire l'integrazione tra diversi servizi;
- fornire informazioni ed orientare l'utenza circa il sistema della domiciliarità;
- inviare la documentazione e coordinarsi con i servizi territoriali;
- favorire il rapporto di rete tra i servizi comunali, gli ospedali, i MMG ed il distretto socio-sanitario;
- semplificare le procedure burocratiche³⁰.

Il professionista aiuta il paziente fragile³¹ attraverso l'implementazione delle risorse socio-sanitarie disponibili. Tale supporto comporta la creazione di un nuovo equilibrio dinamico, capace di adattarsi ad eventi inattesi.

La presa in carico da parte dei servizi socio-sanitari, invece, determina un accompagnamento dell'utente e della sua rete primaria all'interno di un percorso di cura condiviso e partecipato, affinché vengano posti in essere progetti ed interventi personalizzati volti a favorire il benessere globale del paziente fragile (Trevisi, 2008).

³⁰ DDG 283/2010, *La dimissione protetta del paziente fragile*, A. ULSS n.10 Veneto Orientale, pagina 13

³¹ Si veda allegato n.2, *La tutela dei valori nel malato fragile - Comitato Etico per la Pratica Clinica* - pagina 88, A. ULSS n. 10 Veneto Orientale

Capitolo II
Breve excursus normativo.
Dalla nascita del Servizio Sanitario Nazionale alla
definizione del paziente fragile in Veneto

La salute è un bene comune tutelato e garantito dall'ordinamento giuridico italiano³².

Una legislazione specifica sul paziente fragile non esiste ma, col contributo delle diverse normative poste in essere nel corso degli anni, sono state definite le caratteristiche, gli obiettivi e le azioni rivolte a tale tipo di utenza.

Si rivela, così, utile operare un breve *excursus* storico relativo alla nascita del Servizio Sanitario Nazionale e alle norme che hanno definito i vari ruoli e competenze delle parti istituzionali che si occupano del paziente fragile.

³² *L'attuazione del bene comune è la ragione di essere delle istituzioni e dei servizi che essi esprimono. Pertanto, tutti hanno il diritto e il dovere di promuovere e collaborare, sollecitando i diversi livelli (istituzionale, gestionale e professionale) affinché questo bene venga cercato, promosso e reso disponibile, e a questo deve tendere anche l'azione dei professionisti e dei decisori tecnici e politici, da "Carta etica delle professioni che operano a servizio delle persone", Fondazione Zancan, 4 giugno 2004*

2.1 - La nascita del Servizio Sanitario Nazionale

La legge n. 833/1978³³, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale³⁴, è la fonte normativa più rilevante dall'avvento della Repubblica. Tale legge, infatti, ha apportato una radicale ristrutturazione del sistema sanitario italiano, poiché ha permesso di superare il concetto di assistenza sanitaria basata su una matrice assicurativa. L'innovazione legislativa riguarda, in particolare, la tutela della salute per tutti i cittadini all'interno di un sistema di sicurezza sociale.

La salute, difatti, è stata qualificata fin da subito come un diritto fondamentale dell'individuo e della collettività all'interno dell'articolo n. 32 della Costituzione italiana³⁵. Esso, da una parte, sancisce il diritto all'integrità fisica e, dall'altra, il diritto di prestazione, che si concretizza attraverso la richiesta dei soggetti di ottenere cure e un'assistenza adeguata da parte dei pubblici poteri.

La riforma del SSN, quindi, ha decretato definitivamente lo Stato come soggetto obbligato ad assicurare prestazioni sanitarie e farmaceutiche a tutta la popolazione.

Tale principio ha consentito il passaggio dalla previdenza sociale alla sicurezza sociale, indipendentemente dal versamento dei contributi agli enti mutualistici di appartenenza³⁶.

Questa nuova visione della tutela dei cittadini viene ripresa dall'articolo n. 1 della legge in oggetto che definisce il SSN come *"complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio"*.

³³ L. 833/1978, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*

³⁴ Da ora in poi SSN

³⁵ Art. 32 della Costituzione *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo ed interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"*

³⁶ Del Giudice F., *La costituzione esplicita*, VIII edizione, Ed. Simone, Napoli, 2009, pagina 90

Tale articolo, inoltre, ribadisce come il SSN debba svolgere le proprie funzioni *“senza distinzione di condizioni individuali/sociali e secondo modalità che assicurino l’uguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio garantendo la partecipazione dei cittadini”* a tutti i livelli di intervento attuativo³⁷.

A tal proposito ne derivano i principi di globalità, uguaglianza ed unitarietà. Il principio di globalità include ogni intervento di prevenzione, cura e riabilitazione; quello di uguaglianza stabilisce la possibilità di accesso al servizio a tutti i cittadini; il terzo principio disciplina gli interventi tra istituzioni pubbliche e private, attraverso il collegamento e coordinamento delle attività poste in essere dagli altri organi che forniscono prestazioni, dirette o indirette, a favore della promozione della salute dei cittadini, come i vari centri istituzionali ed i servizi che operano nel settore sociale.

L’attuazione del SSN compete allo Stato, alle Regioni ed agli Enti locali territoriali che devono garantire l’accesso ai cittadini.

Le diverse attività che compongono il SSN sono giuridicamente assegnate. Lo Stato esercita la funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative delle Regioni in materia sanitaria, con un riferimento particolare agli obiettivi della programmazione economica nazionale³⁸. Le Regioni svolgono funzioni amministrative nelle materie elencate dall’articolo n. 117 della Costituzione³⁹, con facoltà di delega alle Province, ai Comuni o ad altri Enti locali⁴⁰. Le Province⁴¹ decidono in merito all’approvazione della localizzazione dei presidi e dei servizi sanitari nell’ambito dei Piani Sanitari Regionali⁴². I Comuni, infine, si vedono attribuire tutte le funzioni amministrative in materia di assistenza

³⁷ L. 833/1978, Art 1. c. 3

³⁸ IBIDEM, Art. 6, *Competenze dello Stato*

³⁹ Art. 17 della Costituzione, c. 4, *“Spetta alle Regioni la potestà legislativa di riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato”*

⁴⁰ L. 833/1978, art. 7, *Funzioni delegate alle Regioni*

⁴¹ L. 56/2014, *Nuove disposizioni in materia di città metropolitane, province, unioni e fusioni di comuni*

⁴² L. 833/1978, art.12, *Attribuzioni delle Province*

sanitaria ed ospedaliera non espressamente riservate allo Stato ed alle Regioni⁴³.

Un'ulteriore novità introdotta dalla legge in oggetto riguarda la nascita delle Unità Sanitarie Locali⁴⁴. Quest'ultime, nello specifico, devono provvedere all'erogazione di prestazioni volte alla prevenzione, cura, riabilitazione e di medicina legale assicurando a tutta la popolazione determinati livelli di prestazioni sanitarie stabilite in sede di approvazione del Piano Sanitario Nazionale.

Tale riforma sanitaria istituisce un sistema organizzativo presentato come il più adeguato a realizzare gli obiettivi rispetto alla tutela della salute dei cittadini. In realtà sussiste un *vuoto sugli orientamenti organizzativi*, poiché le indicazioni legislative non entrano in merito alla definizione delle strutture e dei processi da attivare per poter raggiungere questi obiettivi, al contrario si soffermano solo sull'elencazione e descrizione delle attività che gli organi devono porre in essere (Olivetti Manoukian, 2005).

⁴³ L. 833/1978, art. 13, *Attribuzione dei Comuni*

⁴⁴ IBIDEM, art.10, *L'organizzazione territoriale*

2.2 - Il riordino del Servizio Sanitario Nazionale

Il SSN è stato protagonista di un riordino successivo mediante l'attuazione di numerosi provvedimenti legislativi.

Le variazioni più significative, però, sono state apportate dal D.Lgs n. 502/1992⁴⁵, modificato ed integrato dal D.Lgs n. 517/1993⁴⁶, in attuazione della legge delega n. 421/1992⁴⁷.

Tali normative hanno sancito la centralità del Piano Sanitario Nazionale come principale strumento di programmazione sanitaria. Quest'ultimo, difatti, stabilisce gli obiettivi fondamentali di prevenzione, cura e riabilitazione, le linee di indirizzo della programmazione sanitaria ed, infine, la garanzia dell'assistenza sanitaria a tutti i cittadini presenti sul territorio nazionale⁴⁸.

I decreti legislativi citati, inoltre, attribuiscono definitivamente alle Regioni la titolarità delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera⁴⁹.

Una delle modifiche più rilevanti riguarda la natura giuridica dell'Unità Socio Sanitaria Locale, rispetto alla delimitazione dei suoi ambiti territoriali e dei suoi organi di gestione.

L'Unità Socio Sanitaria Locale, difatti, non viene più considerata una struttura operativa dei Comuni singoli o associati e delle comunità montane, ma diventa un'"Azienda dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, fermo restando il diritto - dovere degli organi rappresentativi di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali"⁵⁰. L'aziendalizzazione

⁴⁵ D.Lgs 502/1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*

⁴⁶ D.Lgs 517/1993, *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*

⁴⁷ L. 421/1992, *Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale*

⁴⁸ D.Lgs 517/1993, Art. 1, *Programmazione sanitarie nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza*

⁴⁹ IBIDEM, Art. 2, *Programmazione sanitarie ed indirizzi delle Regioni*

⁵⁰ IBIDEM, Art. 3, *Organizzazione delle Unità Sanitarie Locali*

imposta, quindi, decreta l'autonomia organizzativa, amministrativa e patrimoniale.

L'Azienda Unità Socio Sanitaria Locale⁵¹ è tenuta a garantire i livelli di assistenza stabiliti nel Piano Sanitario Nazionale, assumendo la gestione di attività o di servizi socio-assistenziali, esclusivamente su delega dei singoli Enti locali, con diverse modalità, quali: oneri a carico degli enti locali, contabilizzazione specifica ed erogazione delle prestazioni solo dopo l'acquisizione effettiva delle necessarie disponibilità finanziarie.

Il passaggio da unità operativa ad Azienda autonoma ha delineato l'efficienza, l'efficacia e l'ottimizzazione dei servizi sanitari in modo da poter soddisfare pienamente i vari bisogni dell'utenza.

Vi sono state, infine, ulteriori modificazioni legislative, con la legge n. 419/1998⁵² ed il D.Lgs n. 229/1999⁵³, che hanno contribuito alla determinazione della programmazione sanitaria, andando ad assegnare i ruoli ad ognuna delle parti istituzionali coinvolte.

Quest'ultimo decreto mantiene inalterati i principi della riforma sanitaria attraverso una razionalizzazione dell'impianto organizzativo del sistema sanitario, puntando sul principio dell'efficienza, della qualità e dell'equità. Sono stati consolidati, ad esempio, i livelli essenziali ed uniformi d'assistenza, all'interno dei quali sono comprese le prestazioni socio-sanitarie ed elevata integrazione sanitaria⁵⁴.

Il decreto, inoltre, rafforza l'autonomia delle Regioni, le quali concorrono alla definizione del Piano Sanitario Nazionale ed alla determinazione del fabbisogno complessivo del SSN⁵⁵.

⁵¹ Da ora in poi Azienda ULSS

⁵² L. 419/1998, *Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*

⁵³ D.Lgs 229/1999, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*", conosciuto anche come Legge Bindi o Riforma - Ter

⁵⁴ IBIDEM, Art. 1, *Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.*

⁵⁵ IBIDEM, Art. 2, *Programmazione sanitaria e indirizzi delle Regioni*

2.3 - La riforma dell'assistenza in Italia

La legge n. 328/2000⁵⁶ disciplina la tanto attesa riforma del servizio sociale nel nostro Paese. Tale normativa sancisce il principio di universalità dell'accesso alle varie prestazioni in una prospettiva di protezione sociale attiva, garantita da un *sistema integrato di interventi e servizi sociali*⁵⁷.

Questa struttura è caratterizzata da un'organizzazione a rete tra più protagonisti pubblici e privati, con competenze ripartite, coordinate ed integrate.

Lo Stato, in primo luogo, ha l'obbligo di promuoverne il funzionamento a garanzia *della qualità della vita, delle pari opportunità, della non discriminazione e dei diritti di cittadinanza, della prevenzione, eliminazione e riduzione delle condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio individuale e familiare*⁵⁸.

Lo Stato, le Regioni e gli Enti locali, però, devono programmare ed organizzare un sistema integrato *secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza, economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti locali*⁵⁹.

I Comuni associati, nello specifico, definiscono il Piano di Zona⁶⁰ quale strumento in grado di sintetizzare interventi e politiche dello stesso settore.

Tale Piano è considerato un vero e proprio *nuovo attore istituzionale* a composizione plurima che si esprime come un soggetto unitario nel territorio (Gori, 2006)

Un esempio concreto di rapporto integrato ed operativo è quello tra i Comuni e le Aziende ULSS.

⁵⁶ L. 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*

⁵⁷ IBIDEM, Capo I, *Principi generali del sistema integrato e servizi sociali*

⁵⁸ IBIDEM, Art. 1, c. 1, *Principi generali e finalità*; in coesistenza con gli artt. 2,3,38 della Costituzione

⁵⁹ IBIDEM, Art. 1, c. 3, *Principi generali e finalità*; come previsto dal D.Lgs. 112/1998

⁶⁰ Per un maggior approfondimento si veda: *Piani di zona, tra innovazione e fragilità*, di De Ambrogio, I Quid, Milano, 2008

La legge quadro, rispetto all'intreccio tra la parte sociale e sanitaria, individua i principi di programmazione degli interventi e di allocazione delle risorse attraverso il coordinamento e l'integrazione con provvedimenti sanitari, affinché si pongano in essere azioni di carattere socio-sanitario⁶¹.

Creare legami e sviluppare un costante dialogo tra diversi soggetti, difatti, è fondamentale per creare relazioni significative, tali da diventare forme efficaci e durevoli di partecipazione.

Ulteriori strumenti che definiscono in maniera precisa le linee guida da adottare, a seconda del tipo di utenza problematica a carico del servizio socio-sanitario, sono il Piano Sanitario Nazionale e dei Piani Sanitari Regionali⁶².

La legge n. 328, inoltre, determina i livelli essenziali delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi, individuando tutti gli interventi a favore della differenti tipologie di utenza⁶³, tra cui è inserito anche il *paziente fragile*.

Gli interventi al lui destinati da una parte incentivano la permanenza presso il proprio domicilio, o presso le famiglie, e dall'altra favoriscono l'inserimento in strutture residenziali o semiresidenziali⁶⁴.

Le leggi regionali, a tal proposito, prevedono per ogni ambito territoriale l'erogazione di servizi *ad hoc* per il *paziente fragile*, nello specifico: *un servizio sociale professionale e di segretariato sociale con lo scopo di informare e garantire consulenza al singolo ed ai nuclei familiari, un servizio di pronto intervento sociale per situazioni di emergenza personali e familiari, assistenza domiciliare, creazione di strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali ed, infine, centri di accoglienza residenziali e diurni a carattere comunitario*⁶⁵.

⁶¹ L. 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*", Art. 19, *Piano di zona*

⁶² IBIDEM, Art. 18, *Piano nazionale e piani regionali degli interventi e dei servizi sociali*; per un ulteriore approfondimento si veda i successivi paragrafi 2.4 e 2.5

⁶³ IBIDEM, Art. 22, *Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*

⁶⁴ IBIDEM, Art. 22, c. 2

⁶⁵ IBIDEM, Art. 22, c. 4

Sicuramente la legge n. 328/2000 non è riuscita ad affrontare le criticità storiche del *welfare* italiano ma ha potenziato visibilmente le rete dei servizi affidati ai Comuni, poiché ha dato notevole impulso all'attività normativa e programmatica delle Regioni. Ha costituito un intervento organico per riportare ad un livello avanzato le differenziate condizioni dei *welfare* regionali e locali, dando maggior slancio ai servizi alla persona. Tale legge configura, difatti, la programmazione locale come un sistema di governo di una comunità, delle risorse e delle problematiche che emergono nel suo ambito, non come un processo attuativo di disposizioni regionali (Siza, 2010).

2.4 - Stato e Regioni: enti uniti a favore del paziente

I Piani Sanitari Nazionali definiscono lo Stato come il soggetto in grado di garantire l'accesso ai servizi secondo una modalità equa per tutti i cittadini. Lo Stato, in particolare, si occupa di fissare e raggiungere gli obiettivi volti alla messa in atto del diritto alla salute e di tutti gli altri diritti sociali e civili in ambito sanitario, in sinergia con le Regioni che si fanno carico della loro attuazione.

I Piani Sanitari Nazionali, posti in essere nel corso degli anni⁶⁶, si sono confrontati con il contesto sanitario europeo mediante l'analisi delle rispettive relazioni tra i punti di forza e di debolezza, in modo tale da poter creare nuove prospettive di miglioramento. Tali documenti, inoltre, contengono tutte le azioni sanitarie necessarie a garantire la salute come bene primario (ad esempio: la prevenzione, la sicurezza, le cure primarie, ecc).

Stato e Regioni diventano, così, i protagonisti principali in ambito socio-sanitario.

La loro attività combinata ha dato vita, fra gli altri, al Patto per la Salute, ovvero ad un accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, con una durata triennale, che ha l'obiettivo di migliorare la qualità dei servizi e, contemporaneamente, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni, garantendo in ogni momento l'unitarietà del sistema⁶⁷.

Il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, approvato il 10 luglio 2014⁶⁸, genererà un cambiamento nel sistema sanitario italiano, in quanto sono state poste in essere nuove linee guida volte al perfezionamento del servizio sanitario.

Il paziente è il soggetto principale di questo documento che comprende, in particolare, le linee guida dell'assistenza ospedaliera⁶⁹ e

⁶⁶ I Piani Sanitari Nazionali approvati sono: 1994/1996; 1998/2000; 2001/2003; 2003/2005; 2006/2008; 2009; 2011/2013

⁶⁷ <https://governo.it>, consultato il 25 luglio 2014

⁶⁸ Il nuovo Patto della Salute è stato approvato dalla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province autonome di Trento e Bolzano

⁶⁹ Patto per la Salute, Art. 3, *Assistenza ospedaliera*

all'umanizzazione delle cure⁷⁰, ponendo però una specifica attenzione al riordino dell'assistenza territoriale e socio-sanitaria⁷¹.

Sono state istituite, inoltre, le Unità Complesse di Cure Primarie e le Aggregazioni Funzionali Territoriali⁷², con lo scopo di:

- assicurare l'erogazione delle prestazioni territoriali;
- garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'utilizzo della ricetta elettronica dematerializzata ed il continuo aggiornamento della scheda sanitaria individuale;
- fornire assistenza territoriale tutti i giorni della settimana; garantire la continuità dell'assistenza relazionale, gestionale ed informativa, prevedendo l'applicazione di percorsi assistenziali condivisi e l'integrazione informativa tra le componenti della medicina convenzionale e la rete distrettuale ed ospedaliera⁷³.

L'integrazione socio-sanitaria, come stabilito delle precedenti fonti normative, racchiude tutte le aree sociali, in particolar modo l'ambito della non autosufficienza. Si devono garantire ai malati non autosufficienti, infatti, un numero di posti letto adeguati presso le strutture residenziali e semiresidenziali, nonché le cure domiciliari sanitarie e socio-sanitarie ed una maggior integrazione nelle UVMD⁷⁴ di tutte le professionalità coinvolte con il paziente⁷⁵.

L'assistenza territoriale, inoltre, ribadisce l'importanza della creazione dell'Ospedale di Comunità⁷⁶ per i pazienti fragili. Tale presidio

⁷⁰ Patto per la Salute, Art. 4, *Umanizzazione delle cure*

⁷¹ IBIDEM, Art. 5, *Assistenza territoriale*; Art. 6, *Assistenza socio-sanitaria*

⁷² Le UCCT hanno carattere multi professionale (medici specialisti, infermieri ed operatori socio-sanitari, sia convenzionati che dipendenti); Le AFT comprendono un bacino di utenza fino a 30mila abitanti; sono caratterizzate dalla presenza operatività di medici di medicina generale e di pediatri di libera scelta

⁷³ Patto per la Salute, Art. 5, c. 5, *Assistenza territoriale*

⁷⁴ Unità Valutativa Multidimensionale Distrettuale. Tale attività implica la definizione del progetto individuale di una persona che versa in condizioni di bisogno socio-sanitario. L'UVMD è supportata dallo strumento di valutazione SVAMA. I componenti principali sono: il Direttore del Distretto socio-sanitario, il Medico di Medicina Generale e l'Assistente sociale.

DGR n. 4588/2007, *Attività delle Unità di Valutazione Multidimensionali Distrettuali (U.V.M.D.) di cui alla DGR 3242/01*

⁷⁵ Patto per la Salute, Art. 6, c.7, *Assistenza socio-sanitaria*

⁷⁶ Per un maggior approfondimento si veda il capitolo 3, *Il caso Regione Veneto*, pagina 64

diventa indispensabile per la promozione della riduzione dei ricoveri inappropriati, garantendo un'omogenea risposta assistenziale territoriale in tutto il Paese. Questa struttura, difatti, è essenziale poiché permette di effettuare ricoveri brevi per casi non complessi che richiedono interventi sanitari potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di un ricovero protetto in mancanza di idoneità domiciliare, attraverso un'assistenza sanitaria infermieristica e medica continuativa⁷⁷.

Il nuovo Patto per la Salute 2014-2016, mira ad un generale efficientamento del nostro SSN, proprio nell'ottica dell'appropriatezza. Tutte le previsioni in esso contenute sono state ispirate dai bisogni di salute dei cittadini e, allo stato attuale, costituisce il solo strumento per la costruzione di una sanità più vicina alle persone, più efficace ed efficiente, sicura, di qualità e competitiva in Europa⁷⁸.

⁷⁷ Patto per la Salute, Art. 5, c.17, Assistenza territoriale

⁷⁸ Lorenzin, Newsletter del Ministero della Salute n.12, 11 luglio 2014

2.5 - Regione Veneto: protagonista nella tutela della salute⁷⁹

La Regione del Veneto disciplina la materia degli interventi e dei servizi sociali⁸⁰ in attuazione dei principi di uguaglianza, non discriminazione, libera partecipazione e solidarietà di cui agli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione Italiana⁸¹.

Essa punta all'attuazione di un'integrazione socio-sanitaria unitaria in ciascun ambito territoriale, attraverso la creazione di servizi rivolti alla persona ed alla comunità.

Il Piano Socio Sanitario Regionale, difatti, è per il Veneto un documento fondamentale volto alla realizzazione degli obiettivi preposti dalle fonti legislative sopra citate.

Il Servizio Socio Sanitario Regionale si basa sui principi basilari dell'universalità, poiché è rivolto a tutti i cittadini; dell'equità, in relazione sia alla garanzia di un'uguale opportunità nel raggiungimento e nel mantenimento degli obiettivi di salute individuali, che di uniformità delle prestazioni sul territorio; dell'umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria ed, infine, dell'integrazione socio-sanitaria⁸².

Tale Piano, nello specifico, vuole creare una "rete di sicurezza" per il cittadino volta all'integrazione di più strutture socio-sanitarie territoriali.

L'individuazione ed il monitoraggio dei bisogni sanitari della popolazione, consente di far emergere tali priorità mediante una suddivisione per fasce d'età e per tipologia di cittadini.

Questo passaggio è molto importante poiché permette alla Regione di allocare risorse volte ad una maggior accessibilità, equità, qualità e sostenibilità rispetto ad interventi assistenziali adeguati e mirati.

⁷⁹ Per un maggior approfondimento si veda capitolo 3, *Il caso Regione Veneto*, pagina 50

⁸⁰ *Per servizi sociali si intendono tutte le attività aventi contenuto sociale, socio-assistenziale e socio-educativo, di cui all'articolo 128 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, di cui all'articolo 22 della legge 8 novembre 2000, n. 328, nonché le prestazioni socio-sanitarie di cui all'articolo 3 septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni in DDL n. 14/2006, Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi alla persona Art. 1, c.2*

⁸¹ IBIDEM, Art 1, c.1

⁸² PSSR 2012/2016, capitolo 2, *Costruire la programmazione regionale*, pagina 33

La popolazione della Regione Veneto⁸³ è composta principalmente da persone anziane, tanto che si è registrato un incremento delle persone ultra 85enni⁸⁴.

Il PSSR, difatti, mette in atto alcune azioni a sostegno di tale utenza, quali l'ampliamento del servizio assistenziale domiciliare ed il consolidamento e la valorizzazione del sistema della residenzialità socio-sanitaria⁸⁵.

2.5.1 Il paziente fragile riconosciuto nella Regione Veneto

La Regione Veneto ha iniziato a riflettere sulle problematiche del paziente fragile a partire dalla fine degli anni '90 poiché, all'interno della popolazione, si è registrato un incremento delle persone anziane portatrici di problemi sociali e sanitari⁸⁶.

Questo tipo di utenza è riconducibile a soggetti che versano in una condizione globale di decadimento parziale o totale delle normali funzioni, in concomitanza con più fattori, tra cui quelli biologici, psicologici e socio-ambientali. Tali disfunzionalità si riscontrano prevalentemente nei cittadini compresi nella fascia d'età sopra i 65 anni, poiché la patologia, la cronicità, la comorbilità, la compromissione funzionale, la polifarmacoterapia e le problematiche di tipo socio-sanitario si intrinsecano tra loro e producono una condizione di elevata instabilità⁸⁷.

A tal proposito, attraverso la DGR n. 5273/1998⁸⁸ e seguenti, sono state fissate le linee guida regionali per il paziente fragile.

Si definiscono pazienti fragili i soggetti con:

- *esiti di episodi cerebrovascolari acuti;*
- *fratture ed esiti di altri interventi ortopedici;*
- *esiti invalidanti di patologia di competenza chirurgica;*

⁸³ Per un maggior approfondimento si veda capitolo 3, *Il caso Regione Veneto*, pagina 46

⁸⁴ PSSR 2012/2016, capitolo 1, *Scenario socio-demografico e epidemiologico*, pagina 10

⁸⁵ Per un maggior approfondimento si veda il capitolo 3, *Il caso Regione Veneto*, pagina 57

⁸⁶ PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, punto 3.1.1 *Assistenza al paziente fragile*, pagina 47

⁸⁷ Per un maggior approfondimento si veda il capitolo 1, *Definizione del paziente fragile*, pagina 12

⁸⁸ DGR 5273/1998, *Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI*

- *patologie cronicodegenerative in fase di riacutizzazione e/o scompenso;*
- *necessità di trattamenti di nutrizione artificiale;*
- *necessità di trattamenti di terapia palliativa;*
- *patologie oncologiche in fase avanzata;*
- *patologie HIV in fase avanzata;*
- *polipatologie;*
- *durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la piena ed effettiva partecipazione della persona;*
- *tutte le altre condizioni che richiedano comunque assistenza sanitaria non necessariamente erogabile in condizioni di degenza.*

La Regione Veneto, inoltre, ha stabilito le disposizioni applicative per l'organizzazione del Piano Locale della Domiciliarità attraverso la DGR n. 39/2006⁸⁹, da parte di tutte le Aziende ULSS del territorio. Tali indicazioni prevedono, tra l'altro, l'attivazione dello Sportello Integrato. Quest'ultimo funge da punto di accesso unitario, quale sportello informativo e porta di accesso integrata al complesso delle prestazioni e dei servizi relativi al sistema della domiciliarità. Gli assistenti sociali che vi operano all'interno hanno il compito di effettuare una prima lettura del bisogno, per poi fornire informazioni relative alle diverse opportunità, risorse e prestazioni accessibili agli utenti, aiutarli nella successiva compilazione relativa alle domande di accesso a prestazioni e servizi. Qualora la situazione socio-sanitaria fosse complessa e delicata, però, i professionisti hanno l'obbligo di inviare i pazienti presso servizi specialistici⁹⁰.

La questione della domiciliarità coinvolge tutti i soggetti istituzionali, in particolare la Regione che ha attivato determinate linee politiche volte a sostenere le famiglie che assistono in casa persone non autosufficienti, i Comuni che si occupano del sostegno economico e

⁸⁹ DGR 39/2006, *Piano locale per la domiciliarità*

⁹⁰ IBIDEM, punto 7.A, *Lo Sportello Integrato*, pagina 8

dell'attivazione del telesoccorso e le Aziende ULSS che attivano principalmente l'ADI⁹¹. Tale modello organizzativo permette a 70 mila persone anziane ca., parzialmente o totalmente non autosufficienti, di poter continuare a vivere presso i propri alloggi in un clima familiare.

Un elemento importante da sottolineare, inoltre, riguarda la presenza del distretto socio-sanitario, quale fonte di programmazione dei servizi e degli interventi personalizzati a domicilio, poiché focalizza la sua attenzione sulla persona ed i suoi bisogni, affinché vi sia una presa in carico globale ed unitaria.

La finalità del Piano Locale della Domiciliarità, difatti, è la promozione e la tutela della qualità di vita dei cittadini in situazioni di fragilità, in particolare delle persone che rischiano l'esclusione da un contesto familiare. Tale intento viene perseguito attraverso la creazione e lo sviluppo continuo di una rete di politiche, di risorse ed interventi propri alla domiciliarità e grazie alla collaborazione delle famiglie che si prendono cura delle persone fragili⁹².

Le tre aree di intervento che definiscono l'insieme delle politiche di sostegno si caratterizzano nell'offerta ai cittadini attraverso:

1. interventi erogati a domicilio e di supporto alla famiglia (assistenza sociale, assistenza sanitaria, ADI, telesoccorso ed interventi delle reti solidaristiche della comunità locale);
2. interventi di sostegno economico (Impegnativa di Cura Domiciliare, e contributi economici alle persone e famiglie⁹³);
3. interventi di sollievo alla famiglia (centri diurni, ricoveri temporanei, soggiorni climatici, ecc).

⁹¹ DGR 39/2006, *Piano locale per la domiciliarità, Premessa*, pagina 3

⁹² IBIDEM, punto 1, *Le finalità*, pagina 4

⁹³ DGR 1338/2013, *Impegnativa di cura domiciliare*

DGR 2354/2012, *Approvazione del documento "Atti di indirizzo applicativo" per il trasferimento e l'utilizzo delle risorse destinate al finanziamento dell'azione a supporto alle persone affette da sclerosi laterale amiotrofica e le loro famiglie e della scheda specifica "sperimentale" di valutazione della persona affetta da SLA per l'erogazione del contributo. DGR n. 2499 del 29.12.2011 e DDR n.155 del 7.06.2012*

L. 18/1980, *Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili*

Tutti questi interventi, però, implicano una presa in carico globale attraverso l'attuazione di "buone prassi" che legano tutti i servizi a favore della domiciliarità.

La dimissione ospedaliera protetta ed i percorsi di raccordo tra strutture residenziali e servizi territoriali e tra Centri diurni e assistenza domiciliare, in particolare, richiedono una forte cooperazione tra il MMG e l'assistente sociale, quali le figure più rilevanti all'interno degli interventi territoriali e domiciliari a favore dei pazienti fragili⁹⁴.

⁹⁴ DGR 39/2006, *Piano locale per la domiciliarità*, punto 6.2, *Il sostegno nelle situazioni di evoluzione/involuzione*, pagina 7

Capitolo III

Il caso Regione Veneto

3.1 - Scenario socio-demografico della Regione Veneto

La popolazione del Veneto, al 1 gennaio 2014, conta 4.926.818 di abitanti, di cui il 51% di genere femminile ed il 49% maschile. Il saldo demografico è pari a 10 nati ogni 1000 abitanti, di cui il 30% di nazionalità straniera⁹⁵. (Tabella n. 1)

| | 0-14 anni | 15-64 anni | 65+ anni | Totale residenti | Età media |
|------|-----------|------------|-----------|------------------|-----------|
| 2002 | 612.013 | 3.090.178 | 827.632 | 4.529.823 | 41,7 |
| 2003 | 624.056 | 3.106.347 | 847.005 | 4.577.408 | 41,9 |
| 2004 | 634.519 | 3.140.509 | 867.871 | 4.642.899 | 42 |
| 2005 | 647.285 | 3.163.829 | 888.836 | 4.699.950 | 42,1 |
| 2006 | 657.917 | 3.171.460 | 908.936 | 4.738.313 | 42,3 |
| 2007 | 667.242 | 3.179.261 | 927.051 | 4.773.554 | 42,4 |
| 2008 | 678.104 | 3.210.821 | 943.415 | 4.832.340 | 42,5 |
| 2009 | 690.249 | 3.234.722 | 960.577 | 4.885.548 | 42,6 |
| 2010 | 697.564 | 3.239.148 | 975.726 | 4.912.438 | 42,8 |
| 2011 | 702.519 | 3.253.052 | 982.283 | 4.937.854 | 43 |
| 2012 | 692.199 | 3.163.366 | 998.092 | 4.853.657 | 43,3 |
| 2013 | 694.514 | 3.167.699 | 1.019.543 | 4.881.756 | 43,5 |
| 2014 | 695.475 | 3.183.976 | 1.047.367 | 4.926.818 | 43,8 |

Tabella 1: Struttura della popolazione della Regione Veneto dal 2002 al 2014. Dati ISTAT

Fonte: Elaborazione TUTTITALIA.IT

⁹⁵ Gli stranieri in Veneto sono 487.030 mila, ovvero il 10% del totale degli abitanti. La maggior parte si concentra sulle zone industrializzate della Regione ed è composta da minori.

Fonte: Istat, 15° censimento, 2011

L'età media si aggira attorno ai 43 anni, con una speranza di vita alla nascita pari a 79,5 anni per gli uomini e 85 anni per le donne.

(Grafico n. 1)

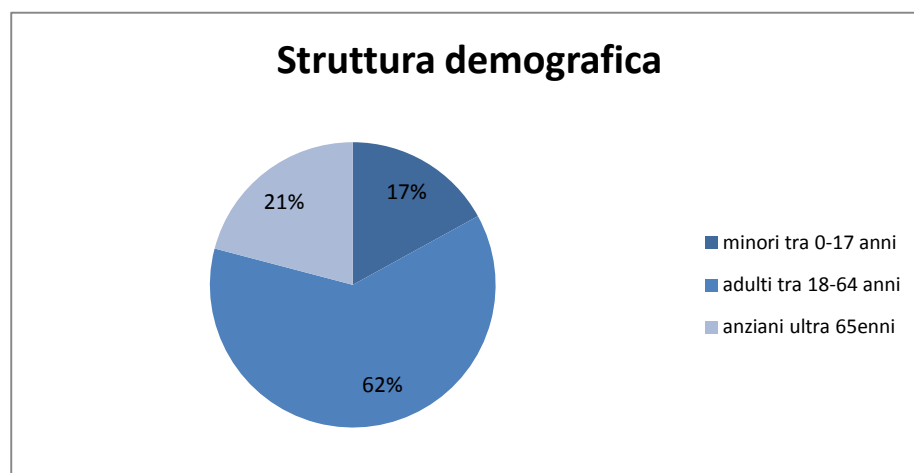


Grafico 1: Struttura demografica della Regione Veneto

Fonte: 15° censimento Istat 2011

La maggior parte della popolazione si concentra soprattutto nelle aree metropolitane delle province⁹⁶ di Padova, Treviso, Venezia, Verona e Vicenza⁹⁷.

L'invecchiamento costituisce, ad oggi, la caratteristica principale della popolazione della Regione, per l'effetto congiunto del calo delle nascite e dell'allungamento dell'età media di vita.

Il numero delle persone anziane è in costante aumento, in particolare la fascia degli ultra 85enni.

⁹⁶ L. 56/2014, *Nuove disposizioni in materia di città metropolitane, province, unioni e fusioni di comuni*

⁹⁷ Ogni area metropolitana di queste province conta un numero di abitanti compreso tra gli 800-900 mila. Le province di Belluno e Rovigo, invece, si aggirano attorno ai 200 mila abitanti

L'indice di vecchiaia è pari a 150.6, ovvero sono presenti 150 anziani su 100 giovani. Tale dato assume grande significatività se incrociato con il restringimento della fascia d'età degli adulti in età lavorativa e la mancanza di giovani volti a favorire il ricambio generazionale⁹⁸.

Le persone anziane che si trovano in condizione di fragilità, quindi, tendono ad aumentare costantemente.

(Tabella n. 2)

⁹⁸ Gli adulti in età lavorativa rappresentano il 66% della popolazione ed i giovani sotto i 15 anni il 14%. Tali dati confermano che l'indice di dipendenza strutturale è pari al 51%

| | Indice di vecchiaia | Indice di dipendenza strutturale | Indice di ricambio della popolazione attiva | Indice di struttura della popolazione attiva | Indice di natalità (per 1.000 abitanti) | Indice di mortalità (per 1.000 abitanti) |
|------|------------------------|--|---|--|--|---|
| | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio | 1° gennaio/ 31 dicembre | 1° gennaio/ 31 dicembre |
| 2002 | 135,2 | 46,6 | 134 | 95,3 | 9,5 | 9,3 |
| 2003 | 135,7 | 47,4 | 138 | 97,9 | 9,5 | 9,5 |
| 2004 | 136,8 | 47,8 | 137 | 99,8 | 10,1 | 8,9 |
| 2005 | 137,3 | 48,6 | 134 | 102,2 | 9,8 | 9,1 |
| 2006 | 138,2 | 49,4 | 126 | 105,2 | 9,9 | 8,9 |
| 2007 | 138,9 | 50,1 | 129 | 108,8 | 9,9 | 9,1 |
| 2008 | 139,1 | 50,5 | 129 | 111,3 | 10 | 9,2 |
| 2009 | 139,2 | 51 | 130 | 114,1 | 9,7 | 9,1 |
| 2010 | 139,9 | 51,7 | 132 | 118,3 | 9,5 | 9,1 |
| 2011 | 139,8 | 51,8 | 139 | 122,8 | 9,3 | 9,2 |
| 2012 | 144,2 | 53,4 | 134 | 126,6 | 9,1 | 9,7 |
| 2013 | 146,8 | 54,1 | 133 | 130,3 | 8,6 | 9,4 |
| 2014 | 150,6 | 54,7 | 130 | 134,3 | 0 | 0 |

Tabella 2: Indicatori demografici della popolazione residente nella Regione Veneto. Dati ISTAT

Fonte: Elaborazione TUTTITALIA.IT

3.2 - La programmazione della Regione Veneto

La Regione Veneto ha avuto un ruolo strategico nella programmazione territoriale dei servizi sociali e nella promozione dell'integrazione socio-sanitaria.

Il legislatore, nella prima metà degli anni '70, aveva sottoposto all'attenzione pubblica la necessità di sviluppare una normativa adeguata in materia di assistenza sociale che rispondesse ai bisogni dei cittadini. Tale esigenza è stata soddisfatta mediante la riforma sanitaria, che ha permesso l'avvio del processo di integrazione socio-sanitaria in tutti gli ambiti regionali⁹⁹.

Si è avuta, poi, l'approvazione della legge quadro sui servizi sociali, la L.R n. 55/1982¹⁰⁰, con cui è stata definita la disciplina della materia attraverso la realizzazione di un sistema di servizi sociali coordinati tra loro ed integrati ai servizi sanitari già presenti sul territorio.

Questa norma è stata il primo provvedimento ad aver dettato una disciplina organica regionale rispetto agli interventi sociali, tanto che viene vista come la "pietra miliare" del modello veneto per l'integrazione socio-sanitaria¹⁰¹.

La Regione, negli anni '90, ha attuato un riordino del Servizio Sanitario, grazie alla L.R n. 56/1994¹⁰², attraverso l'adozione del PSSR. Tale atto rappresenta uno strumento indispensabile per la programmazione, poiché pone le basi per ottenere un'integrazione reale tra i servizi sanitari ed i servizi socio-assistenziali sia all'interno della sfera pubblica che privata¹⁰³. La Regione, inoltre, ha assegnato la gestione dei servizi sociali alle Aziende ULSS, le cui linee guida sono

⁹⁹ L. 833/1978, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*. Per un approfondimento si veda capitolo 2, *Breve excursus normativo*, pagina 30

¹⁰⁰ L.R. 55/1982, *Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale*

¹⁰¹ Regione del Veneto, *Le strade del Sociale in Veneto*, 2013, pag. 6

¹⁰² L.R. 56/1994, *Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 riordino della disciplina in materia sanitaria, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*

¹⁰³ IBIDEM, Art. 2, *Compiti della Regione*

dettate dal medesimo ente regionale, con compiti di programmazione, indirizzo, controllo e coordinamento.

Il PSSR, inoltre, istituisce il Piano di Zona elevandolo a strumento principe nella pianificazione dei servizi sanitari e sociali a livello territoriale, affinché venga realizzato un monitoraggio continuo tra i servizi e le istituzioni.

La Regione, infine, ha introdotto la figura del Direttore dei Servizi Sociali all'interno delle Aziende ULSS. Questo attore deve assicurare il coordinamento e l'integrazione tra le politiche e le attività sociali, sanitarie e socio-sanitarie¹⁰⁴.

L'integrazione socio-sanitaria è stata riconosciuta a livello nazionale all'interno del D.Lgs n. 229/1999¹⁰⁵. Le prestazioni socio-sanitarie, in base a tale decreto, sono state definite come attività volte al soddisfacimento dei bisogni di salute dei cittadini che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale¹⁰⁶.

¹⁰⁴ L.R. 56/1994, Art. 13, *Direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera*

¹⁰⁵ D.Lgs 229/1999, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*

¹⁰⁶ IBIDEM, Art. 3, c. 7, *Modificazioni all'articolo 3 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*

3.3 - La programmazione territoriale attraverso i Piani di Zona

I cambiamenti sociali e demografici, quali l'invecchiamento della popolazione, la crisi economica ed il conseguente aggravarsi del carico familiare, influenzano i bisogni sociali e socio-sanitari e diventano, così, fondamentali le sinergie tra le diverse organizzazioni destinate alla creazione di un sistema integrato di interventi, favoriti dall'interdisciplinarietà e dalla continuità dei percorsi di cura.

La programmazione e la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e di quelli socio-sanitari delle Aziende ULSS si concretizzano nel Piano di Zona, quale strumento di distribuzione ed allocazione di risorse. Tale strumento, difatti, ha contribuito al processo di evoluzione del *welfare* veneto¹⁰⁷ e collega la programmazione sociale e socio-sanitaria alle altre politiche di supporto rivolte alla persona ed alla comunità.

La Regione Veneto utilizza il Piano di Zona quale mezzo di pianificazione territoriale per far comunicare tra loro i molteplici attori del *welfare*, affinché creino servizi volti alla promozione del benessere sociale. Il Piano di Zona è una lente di ingrandimento che consente di leggere ed analizzare il territorio, individuando le linee di sviluppo sociale. Il buon funzionamento del Piano di Zona implica il fornire risposte ai problemi delle persone e delle comunità locali, individuandone i bisogni prioritari, le strategie di prevenzione, le risorse disponibili, i soggetti istituzionali e comunitari interessati, i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le responsabilità gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica e le condizioni di valutazione.

L'accordo di programma, in tale contesto, diventa il momento di sintesi giuridica delle scelte condivise e le rende operanti nel territorio (De Ambrogio, 2008).

Il legislatore, attraverso la L.R. n. 56/1994¹⁰⁸ ha introdotto il concetto e la pratica della programmazione locale, con l'obiettivo di

¹⁰⁷ PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 96

¹⁰⁸ L.R. 56/1994, *Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "riordino della disciplina in materia sanitaria", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 51*

coordinare gli interventi ed i servizi sociali e socio-sanitari, in maniera tale da ottimizzare le risorse a disposizione e garantire livelli uniformi di assistenza.

I Piani di Zona, quindi, hanno assunto un ruolo fondamentale nell'evoluzione dei servizi sociali in Veneto.

La L.R n. 5/1996¹⁰⁹, inoltre, ha portato alla nascita di uno specifico gruppo di lavoro per la pianificazione del Piano di Zona, attraverso l'utilizzo di linee guida. Uno dei principali attori è il Direttore dei Servizi Sociali il quale *"fornisce il supporto per l'elaborazione del Piano di Zona e ne segue l'attuazione avvalendosi dei riferimenti di programma di area specifica"*¹¹⁰.

In seguito, anche la L.R n. 11/2001¹¹¹ ha dato una sua interpretazione del Piano quale *"strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria"*¹¹². *"Nel modello di welfare veneto, al Piano di Zona viene attribuito un ruolo fondamentale per dare risposta ai problemi delle persone e delle comunità locali in quanto strumento condiviso per individuare i bisogni prioritari, le strategie di prevenzione, le risorse disponibili, i soggetti istituzionali, i risultati attesi, gli standard di funzionamento e di efficacia, le risposte gestionali, le forme di controllo, le modalità di verifica e le condizioni di valutazione sociale dei risultati"*¹¹³.

Tale normativa, inoltre, prevede l'affermazione del principio di sussidiarietà¹¹⁴ - cardine dell'integrazione socio-sanitaria - mediante l'attuazione del Piano di Zona, come sancito dalla legge quadro n. 328/2000¹¹⁵.

¹⁰⁹ L. R. 5/1996, *Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1996-1998*

¹¹⁰ IBIDEM, Art. 5, *Organizzazione dell'integrazione*

¹¹¹ L.R. 11/2011, *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*

¹¹² IBIDEM, Art. 1, *Oggetto*

¹¹³ Regione del Veneto, *Le strade del Sociale in Veneto*, 2013, pagina 10

¹¹⁴ Il principio di sussidiarietà è regolato dall'articolo 118 della Costituzione, comma 1

¹¹⁵ L. n. 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, Art. 19 Piano di zona

Le *"linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona"*¹¹⁶ sottolineano l'importanza della compartecipazione, da parte di tutte le figure istituzionali chiamate in causa, alla progettualità, all'utilizzo di risorse e all'assunzione di responsabilità. Tale condivisione del lavoro presuppone un coinvolgimento degli attori attivi presso le politiche sociali, in maniera tale da facilitare la corresponsabilità tra le parti. A livello regionale, tali linee guida permettono l'utilizzo di un linguaggio comune, avendo come scopo primario il benessere del cittadino e la sua centralità.

Tutti questi principi sono stati ribaditi dai seguenti aggiornamenti normativi:

- DGR n. 1560/2006 *"Piani di Zona dei Servizi alla Persona 2003/2005: allineamento della programmazione in corso al 31 dicembre 2006. Indicazioni per la presentazione Piani di Zona dei Servizi alla Persona 2007/2009"*, che introduce specifiche indicazioni per la valutazione dei Piani di Zona;
- DGR n. 3702/2006 *"Approvazione delle specifiche indicazioni per la valutazione dei Piani di Zona dei servizi alla persona e proroga del termine di presentazione dei piani di zona 2007/2009"*, che conferma l'importanza della valutazione al fine di porre le basi su cui condurre il monitoraggio delle azioni programmate e definisce una metodologia di programmazione continua;
- DGR n. 157/2010 *"Approvazione delle Linee Guida Regionali sui Piani di Zona"*, che inserisce alcune innovazioni come, ad esempio, i differenti livelli di partecipazione tra gli attori del sociale: consultazione e concentrazione, prolungamento del ciclo di vita da tre a cinque anni e la necessità del visto di congruità regionale;
- DGR n. 2082/2010 *"Approvazione del Documento di indirizzo Regionale di cui alla DGR n. 157 del 26 gennaio 2010, allegato A, e del documento recante: "Indicazioni per la presentazione del documento: "Piano di Zona 2011/2015"*, che indica le politiche di sostegno e sviluppo che la Regione Veneto intende promuovere nelle varie aree di intervento in ambito sociale e socio-sanitario per

¹¹⁶ DGR n. 1764/2004

orientare i territori nella programmazione locale nell'evoluzione del piano. Tale documento di indirizzo costituisce uno strumento a supporto della programmazione di zona delle politiche e del sistema integrato di intervento sociale e socio-sanitario ed è volto al superamento delle criticità dei Piani di Zona, quale la frammentazione sia redazionale che procedurale sulla programmazione delle varie Aziende ULSS. Si nota, difatti una certa disomogeneità nella redazioni dei Piani, ovvero una modalità di classificazione non sempre attinente alle indicazioni date. L'obiettivo diventa, quindi, uniformare nel territorio la metodologia rispetto alla rilevazione dei bisogni, all'analisi dei dati, al monitoraggio e ad alla valutazione conseguente. Un investimento maggiore nella strutturazione e nel riconoscimento del ruolo degli uffici di piano a livello territoriale, avrebbe riscontri positivi e consentirebbe al Piano di Zona di divenire lo strumento migliore per la programmazione e il cambiamento culturale per la diffusione di buone pratiche.

I soggetti titolari del Piano di Zona sono: i Comuni, le Regioni attraverso le Aziende ULSS, le Province e altri soggetti pubblici quali Amministrazioni specifiche dello Stato¹¹⁷. La partecipazione degli organismi non lucrativi di utilità sociale, della cooperazione, delle associazioni, delle fondazioni, delle organizzazioni di volontariato inoltre, è riconosciuta ed agevolata in una logica di sussidiarietà e condivisione delle responsabilità in cui tutta la comunità è chiamata a rendersi consapevole del proprio sviluppo.

Il Piano di Zona, quindi, coordina le azioni tra i diversi attori che agiscono in un determinato ambito territoriale corrispondente al territorio dell'Azienda ULSS in un'ottica di *governance*¹¹⁸ e di rete.

¹¹⁷ Amministrazioni scolastiche, della giustizia, del lavoro, Ipab, comunità montane, le quali partecipano alla programmazione locale di zona con risorse proprie per il conseguimento di traguardi di interesse generale

¹¹⁸ La *governance* è un sistema di governo in cui la formulazione e l'implementazione delle politiche pubbliche vedono una pluralità di soggetti di diversa natura ed a diversi livelli interagire fortemente

I singoli soggetti devono partecipare ai tavoli di lavoro, sotto la guida dei vari Uffici di Piano delle Aziende ULSS, affinché portino il loro contributo in termini di conoscenze e di esperienze.

Le aree di intervento del Piano di Zona, individuate dalla DGR n. 157/2010, sono: famiglia, infanzia, adolescenza, minori in condizioni di disagio; persone anziane; disabilità; dipendenze; salute mentale; marginalità ed inclusione sociale; immigrazione. A tali settori se ne aggiungono di trasversali, che riguardano la multi problematicità, come ad esempio un adolescente dipendente da sostanze.

Le linee guida per la predisposizione dell'ultimo Piano di Zona 2011/2015 ed il Documento Regionale di Indirizzo hanno stabilito che le priorità di intervento devono essere individuate in ogni area e dovrebbero basarsi su rischi, disagi e problematicità. L'analisi effettuata per riconoscere i bisogni della popolazione del territorio, in realtà, risulta ancora poco chiara ed omogenea, poiché continuano ad essere evidenziate solo le priorità legate ai bisogni consolidati e non quelle emergenti.

I soggetti del territorio, da quanto sancito specialmente negli ultimi Piani di Zona, devono lavorare in sinergia per definire le politiche che stabiliscano azioni o interventi volti a garantire risposte adeguate ai bisogni della popolazione.

Si rendere utile, quindi, mantenere viva una dialettica ed un confronto con e tra gli attori che operano nel sistema dei servizi sociali e socio-sanitari, affinché sia possibile raggiungere l'obiettivo principale del benessere globale del cittadino¹¹⁹.

tra loro (Azzone, Dente, 1999), attraverso processi di consultazione e concentrazione (Pesaresi, 2008)

¹¹⁹ Regione del Veneto, *Le strade del sociale*, 2013, pagina 13

3.4 - Il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016¹²⁰

L'analisi del PSSR 2012-2016 è necessaria per comprendere quali siano gli scopi sociali e sanitari che la Regione Veneto persegue. Le tematiche relative all'Ospedale di Comunità verranno approfondite successivamente mediante lo studio del numero dei posti letto delle strutture intermedie già attivati e quelli che dovranno essere attivati entro il 2016, come da accordi regionali.

Gli obiettivi del Servizio Socio Sanitario Regionale sono l'universalità, l'equità, l'umanizzazione dell'assistenza socio-sanitaria e l'integrazione socio-sanitaria.

Il PSSR 2012-2016, a tal proposito, funge da *rete di sicurezza* per i cittadini poiché connette le strutture territoriali volte al raggiungimento del benessere globale della collettività.

La Regione, nel corso degli anni, è stata protagonista di un'evoluzione che ha portato ad una progressiva condivisione degli obiettivi indicati tra gli attori del sistema socio-sanitario. Si possono confermare, in particolare, i seguenti punti fermi in base ai quali viene stabilita la programmazione territoriale:

- l'importanza del modello socio-sanitario;
- la valenza della programmazione pubblica, intesa come riferimento metodologico unitario e sistematico su cui sviluppare un'offerta diversificata e mirata alle reali esigenze della popolazione;
- la concezione della "*filiere della salute*", ovvero un investimento sulla salute come elemento di progresso locale, come diritto del singolo e dovere della collettività, come creazione di un "valore" territoriale locale. Focalizzarsi sulla salute significa investire nello sviluppo umano e nel benessere socio-economico¹²¹.

¹²⁰ L.R. 23/2012, *Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016*

¹²¹ PSSR 2012/2016, capitolo 2, *Costruire la programmazione regionale*, pagina 33

Il sistema socio-sanitario regionale, inoltre, dev'essere sostenibile nell'ambito economico, sociale e professionale. Si rende necessaria, dunque, una "rendicontazione" di quanto e come viene erogato, attraverso un monitoraggio strutturato e sistematico.

La parola chiave all'interno della programmazione regionale è sicuramente *integrazione*, quale anello di congiunzione tra le varie componenti del sistema. Si considera, nello specifico, sia l'integrazione socio-sanitaria, sia l'integrazione ospedaliera-territoriale.

L'integrazione socio-sanitaria costituisce un approccio indirizzato alla tutela della salute e del benessere di ogni cittadino. Il principio cardine di tale visione si identifica nel riconoscimento della persona nella sua globalità, all'interno dei diversi contesti di vita. Tale obiettivo dev'essere raggiunto attraverso l'adozione di modelli organizzativi da parte delle molteplici parti istituzionali.

Un assetto istituzionale integrato comprende anche azioni di pianificazione, gestione e valutazione da parte dei Comuni¹²² e delle Aziende ULSS. Il Piano di Zona, pertanto, dev'essere coerente con gli atti della programmazione regionale.

L'integrazione ospedaliera-territoriale, invece, è vista come un modello di continuità assistenziale. Le strategie adottate riguardano:

- *il consolidamento dei modelli di ammissione e dimissione protetta [...];*
- *la diffusione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, intesi come la contestualizzazione di linee guida, relative ad una patologia o problematica clinica, nella specifica realtà organizzativa. [...];*
- *il potenziamento degli strumenti di scambio informativo, nella fattispecie dei sistemi informativi integrati, [...];*
- *il consolidamento della prassi aziendale di definire obiettivi trasversali per il budget dell'ospedale e per il budget del territorio.¹²³*

¹²² I Comuni si avvalgono della *Conferenza dei sindaci ed Esecutivo*

¹²³ PSSR 2012/2016, capitolo 2, *L'integrazione Ospedale-Territorio*, pagina 37

Il PSSR, oltre alla costante presenza delle istituzioni pubbliche, interessa anche la società civile. Le relazioni *informali*¹²⁴ costituiscono, difatti, un elemento di stabilità ed identificazione del tessuto socio-sanitario veneto.

Il volontariato¹²⁵ rappresenta il sostegno mancante all'interno dei servizi assistenziali, carenti di interventi pubblici.

Il Piano, quindi, si identifica come un *Patto con la Comunità locale*, destinato a responsabilizzare anche i soggetti non istituzionali nella formazione di una *partnership di comunità*.

3.4.1 - La programmazione nel PSSR

La programmazione del PSSR, nello specifico, comprende:

- l'individuazione ed il monitoraggio dei bisogni della salute dell'intera popolazione, evidenziando le priorità territoriali e demografiche¹²⁶;
- la definizione e l'attuazione di interventi assistenziali adeguati, in reazione all'equità, dell'accessibilità e della qualità delle risorse disponibili¹²⁷.

Uno degli argomenti sul quale l'opinione pubblica ha rivolto lo sguardo è rappresentato dall'insieme delle strutture socio-sanitarie che racchiudono sia le strutture ospedaliere che residenziali.

Il numero dei posti letto per i ricoveri ospedalieri in Veneto completamente a carico del servizio sanitario, sia nelle strutture pubbliche che in quelle private accreditate, risultano complessivamente 19.127 (dei quali l'11% in *day hospital*), corrispondenti al 3,9% degli

¹²⁴ Relazioni parentali, amicali, solidaristiche e di volontariato

¹²⁵ Il volontariato è riconosciuto dalla L. 266/1991, *Legge quadro sul volontariato* e dalla L. 328/2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*

¹²⁶ Le fasce di popolazione a cui si rivolge la programmazione comprendono: minori (0-17 anni), giovani-adulti (18-69 anni) ed anziani (dai 70 anni in poi)

¹²⁷ PSSR 2012/2016, capitolo 1, *Il contesto*, pagina 21

abitanti. I posti di riabilitazione e lungodegenza costituiscono il 14,8% del totale, corrispondenti allo 0,6% degli abitanti¹²⁸.

Le strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti interagiscono sia con il ramo ospedaliero che con il ramo della domiciliarità. Tali strutture offrono sia un'assistenza a ciclo continuativo a carattere temporaneo che a ciclo continuativo a carattere definitivo. Queste strutture sono regolate dal processo di accreditamento disciplinato dalla L.R n. 22/2002¹²⁹, e dispongono di circa 25 mila posti letto totali.

La programmazione regionale, rispetto a quanto offerto dalle strutture, definisce alcuni aspetti strategici:

- *la riorganizzazione della rete ospedaliera in maniera omogenea sul territorio regionale, riaggregando le strutture in modo tale da garantire efficienza, sicurezza per il cittadino e qualità professionale degli operatori sanitari;*
- *la riconversione di strutture ospedaliere dismesse, finalizzandole ad un processo di potenziamento dei servizi territoriali e restituendole alla Comunità con una valenza sociale e sanitaria [...];*
- *la valorizzazione delle strutture extra ospedaliere, che annoverano un numero di posti letto quasi doppio di quelli ospedalieri e che possono rappresentare una leva fondamentale nel percorso di riorganizzazione dei livelli di assistenza, garantendo al contempo costi sostenibili;*
- *la (ri)definizione delle funzioni e degli standard delle strutture a carattere temporaneo, in particolare le strutture intermedie, con adeguamento ai mutati bisogni assistenziali e con potenziamento a fronte della ridefinizione dell'offerta ospedaliera;*
- *la messa in sicurezza di tutte le strutture [...]*¹³⁰.

¹²⁸ PSSR 2012/2016, capitolo 1, *Il contesto*, pagina 26

¹²⁹ L.R. 22/2002, *Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali*

¹³⁰ PSSR 2012/2016, capitolo 1, *Il contesto*, pagine 30,31

Tali strategie sono una diretta conseguenza dei cambiamenti del nostro contesto sociale e si possono, così, definire come delle nuove sfide assistenziali imposte principalmente dalla crescita dell'aspettativa di vita¹³¹.

3.4.2 - I diversi modelli di assistenza garantiti dal PSSR

Il PSSR è uno strumento che funge da *rete*. Tale accostamento richiama il *fare rete* tra i professionisti, il *mettere in rete* l'intero sistema sotto il profilo tecnologico ed, infine, *l'organizzare in rete* attraverso modelli che creano relazioni funzionali tra strutture di gestione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Le scelte strategiche regionali, difatti, sono fondate sui seguenti tre macro-obiettivi:

- 1. il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, sviluppando e diffondendo modelli di gestione integrata della cronicità, implementando modelli organizzativi a rete fondati su team multi professionali, qualificando le forme associative della Medicina Convenzionata, ridefinendo una filiera per l'assistenza extraospedaliera con particolare riferimento all'assistenza di strutture di ricovero intermedie;*
- 2. il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera [...];*
- 3. il perfezionamento delle reti assistenziali sia orizzontali che verticali, orientando il sistema verso un modello circolare dell'assistenza [...]¹³².*

¹³¹ PSSR 2012/2016, capitolo 1, *Il contesto*, pagine 31

¹³² IBIDEM, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 42

Il Piano, inoltre, delinea tre tipi di assistenza garantiti dalla Regione Veneto, ossia l'assistenza territoriale, ospedaliera ed, infine, specialistica, farmaceutica e protesica¹³³.

L'assistenza territoriale si identifica nel modello del Distretto socio-sanitario, quale *luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari-territoriali, nelle piene funzioni di committenza-governo e di produzione-erogazione*¹³⁴.

Tale tipo di supporto è considerato il primo livello di assistenza ed il primo punto di contatto tra i cittadini ed il Servizio Socio Sanitario Regionale. Quest'ultimo la definisce come un insieme di interventi e di servizi, organizzati dal Distretto socio-sanitario, in collaborazione con i medici convenzionali e le comunità locali.

Le principali aree di intervento riguardano la prevenzione e la promozione della salute, l'assistenza materno-infantile e dell'età adolescenziale, al paziente cronico e al paziente fragile. Il Distretto socio-sanitario, difatti, deve garantire l'assistenza primaria, le cure domiciliari, l'assistenza specialistica, le cure palliative, l'assistenza residenziale e semiresidenziale ed, infine, l'assistenza in strutture di ricovero intermedie¹³⁵, rispondendo all'esigenza etico-sociale di accompagnare il cittadino nel complesso del percorso assistenziale.

L'assistenza ospedaliera differisce dall'assistenza territoriale poiché si occupa, attraverso l'ospedale, della cura delle acuzie e post acuzie¹³⁶ e non della gestione della cronicità. Tale suddivisione richiede alla Regione, da un lato, di rilanciare e rafforzare la funzione ospedaliera e, dall'altro, di consolidare un modello organizzativo efficace sul territorio.

L'ospedale, quindi, può essere considerato un luogo volto alla cura delle acuzie solo qualora sussista *un riconoscimento dell'Ospedale come una*

¹³³ Per un ulteriore approfondimento sull'assistenza specialistica, farmaceutica e protesica si consulti il PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, da pagina 80 a 95

¹³⁴ PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 43

¹³⁵ Per un ulteriore approfondimento si veda il PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, da pagina 51 a 57

¹³⁶ All'interno dell'ospedale per la cura delle acuzie vengono poste in essere attività di riabilitazione ed attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello

parte del percorso assistenziale che deve unire le strutture e le modalità operative dell'assistenza territoriale di riferimento, al fine di garantire al cittadino la continuità assistenziale; una valorizzazione delle competenze in termini organizzativi e della relativa responsabilità del personale infermieristico, tecnico-sanitario, della riabilitazione e della prevenzione, eventualmente coinvolgendo i servizi sociali qualora necessario [...] ed uno sviluppo di una rete informatica e telematica di collegamento all'interno della struttura ospedaliera, tra Ospedali e tra Ospedale e Territorio, l'implementazione della cartella clinica integrata, lo sviluppo di una rete di telemedicina volta a favorire il trasferimento di informazioni sanitarie, la centralizzazione di alcune attività diagnostiche e la conseguente facilitazione nell'attivazione del fascicolo socio-sanitario individuale. [...]¹³⁷.

¹³⁷ PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 63

3.5 - Le strutture di ricovero intermedie: l'Ospedale di Comunità

Il paziente fragile vive una situazione di instabilità globale, correlata dalla presenza di uno o più determinanti della fragilità¹³⁸. Una condizione di fragilità, quindi, è riscontrabile in qualsiasi tipo di utenza compresa nel PSSR¹³⁹, con un particolare occhio di riguardo per la popolazione anziana.

Gli obiettivi da raggiungere nell'ambito della programmazione regionale comprendono:

- *la diffusione ed il consolidamento dei percorsi di ammissione e di dimissione protette, supportati dai protocolli condivisi tra Ospedale e Territorio;*
- *il potenziamento dei servizi domiciliari, sanitari e socio-assistenziali, e la loro integrazione con le unità di offerte delle strutture residenziali, Centri di Servizio, e semiresidenziali pubblici e privati, Centri diurni;*
- *lo sviluppo dell'assistenza intermedia temporanea¹⁴⁰.*

Le strutture intermedie fanno parte dell'assistenza territoriale e sono strutture di ricovero temporaneo che accolgono pazienti fragili per i quali non è possibile attivare un percorso di assistenza domiciliare immediato e, contemporaneamente, risulterebbe improprio il ricorso all'ospedalizzazione classica o all'istituzionalizzazione.

L'inserimento in tali strutture rappresenta, difatti, l'alternativa transitoria più idonea per quei soggetti che non possono ritornare al proprio domicilio per problemi di salute o di organizzazione, e riorganizzazione, familiare.

L'Ospedale di Comunità¹⁴¹, unitamente all'Unità Riabilitativa Territoriale, è la principale risorsa predisposta ad affrontare la questione dei ricoveri intermedi territoriali nella Regione Veneto¹⁴².

¹³⁸ Per un maggior approfondimento si veda capitolo 1, *Definizione del paziente fragile*, pagina 12

¹³⁹ Le aree di intervento all'interno della programmazione regionale comprendono: famiglia-infanzia-adolescenza-giovani, anziani, disabilità, dipendenze, salute mentale e sanità penitenziaria

¹⁴⁰ PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 47

Il sistema di protezione socio-sanitario, attraverso l'unità ospedaliera "classica", offre soluzioni appropriate e collaudate a tutti quei pazienti che presentano un elevato grado di instabilità e frequenti variazioni dello stato di salute. L'Ospedale di Comunità, al contrario, è un luogo rivolto alla cura dei soggetti che si trovano in una fase di transizione (dall'autonomia ad un grave condizione di debolezza e fragilità). L'inserimento in questa struttura permette di identificare i problemi prima dell'insorgenza della crisi e di dare risposte che la eludono, di ridurre il rischio di dipendenza a lungo termine, evitare o posticipare il bisogno di assistenza residenziale permanente (Brusoni, Zavaroni, 2001).

L'Ospedale di Comunità, inoltre, collega la rete dei servizi domiciliari, le strutture residenziali e gli ospedali.

I primi Ospedali di Comunità sono sorti in Emilia Romagna, nelle province di Forlì e di Cesena, rispettivamente nel 1995 a Premilcuore, per soddisfare le esigenze assistenziali di piccoli comuni collinari situati in zone disagiate, e nel 1996 per il solo comune di Modigliana¹⁴³. Da allora sono sorte più di 50 strutture in tutt'Italia¹⁴⁴.

L'Ospedale di comunità è definito come *"una struttura socio-sanitaria territoriale inserita nella rete di servizi distrettuali che prevede la presenza costante del MMG; essa è destinata a persone prevalentemente anziane non auto sufficienti che non necessitano di ricovero ospedaliero ma che non possono essere assistiti a domicilio. Rappresenta la novità socio-sanitaria e assistenziale degli ultimi anni poiché rappresenta l'anello di congiunzione tra le strutture distrettuali. E' un modello elastico che può adattarsi alle diverse realtà e disponibilità, a basso costo e alto gradimento degli utenti, può essere attivato in*

¹⁴¹ Per un maggior approfondimento si veda il Decalogo dell'Ospedale di Comunità di P.Saltari, *"Cure intermedie: Ospedale di Comunità, RSA, Case di riposo in L'Ospedale di Comunità: una risposta appropriata?"*, pagina 25, a cura di L. Sbrogiò, BookSei 6, Pordenone, 2001

¹⁴² Piano socio-sanitario regionale 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 55

¹⁴³ Per un maggior approfondimento si veda *"Il Country Hospital: le esperienze dei Comuni di Modigliana e Premilcuore viste dai Medici di Medicina Generale in L'Ospedale di Comunità: una risposta appropriata?"*, di G.Aulizio, a cura di L. Sbrogiò, BookSei 6, Pordenone, 2001

¹⁴⁴ Di Sisto, *Ospedali di Comunità: un paradosso Italoico*, M.D. Medicinae Doctor, numero 15, 30 aprile 2008, pagina 6

pochissimo tempo nelle strutture residenziali già esistenti sfruttando le economie di servizi e personale presente, recupera il patrimonio ospedaliero dismesso e realizza quel punto di riferimento indispensabile all'identificazione del distretto come presidio socio-sanitario ove il cittadino trova tutte le risposte, riducendo i ricoveri impropri negli ospedali liberando così risorse" (Aulizio, 2001).

Tale struttura, deve avere una dotazione minima di 15 posti letto e supporta un ricovero di breve durata, non oltre i trenta giorni, con un'assistenza garantita 24 ore su 24 ore. Il paziente, durante questo periodo, non è tenuto a nessun tipo di compartecipazione alla spesa sanitaria¹⁴⁵.

Il trasferimento in un Ospedale di Comunità viene stabilito dai medici specialisti presenti negli ospedali o nelle strutture residenziali in cui è ricoverato il paziente fragile. Quest'ultimo, però, vi può accedere anche direttamente dal domicilio su proposta del MMG, il quale, dopo aver effettuato l'UVDM assieme ai professionisti socio-sanitari, definisce il Progetto Assistenziale Individualizzato entro sette giorni. L'assistenza sanitaria, garantita dal MMG con la collaborazione dello *staff* ospedaliero, viene erogata o mediante la sua presenza oraria in struttura a giorni fissi o tramite accessi programmati direttamente al letto del proprio paziente. La presenza regolare del MMG, quindi, assicura continuità delle cure ed il monitoraggio costante dello stato di salute del soggetto, riducendo i tempi burocratici e gli sprechi economici, grazie ad un lavoro *d'equipe* distrettuale (De Toni, Giacomelli, Ivis, 2010).

I pazienti ospiti di tali strutture vivono una in condizione di particolare fragilità sociale e sanitaria in fase acuta e sub-acuta e non necessitano di particolare assistenza specialistica¹⁴⁶. Tale circostanza

¹⁴⁵ PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 56; con variazione del DGR. 2718/2012

¹⁴⁶ Per un maggior approfondimento si veda L'elenco delle tipologie di pazienti assistiti in un Ospedale di comunità di M.L. Milandri, *"Modello Contry Hospital nell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Forlì"*, pagine 87-88, a cura di L. Sbrogiò, BookSei 6, Pordenone, 2001

sposta l'attenzione sulla dimissione protetta presso il domicilio del paziente, una volta raggiunta la stabilità clinica¹⁴⁷.

L'Ospedale di Comunità, inoltre, si distingue per la tempestività nel ricovero, il basso costo, la risposta pertinente e la riduzione dei ricoveri impropri.

L'attuazione dei posti letto relativi all'Ospedale di Comunità è sancita nella programmazione regionale, attraverso l'attivazione di modelli funzionali rispetto alle caratteristiche locali ed ai bisogni emergenti su tutto il territorio. I criteri sopracitati verranno soddisfatti seguendo direttive che terranno conto delle realtà assistenziali nei diversi contesti di riferimento, determinando anche una valutazione dei costi e delle modalità per la loro copertura.

Le Azienda ULSS del territorio, infine, devono stabilire un proprio regolamento di Ospedale di Comunità e la sede fisica potrà essere opportunamente allocata anche presso presidi ospedalieri riconvertiti o presso strutture residenziali.

La riconversione di tali strutture ospedaliere, quindi, vuole essere un obiettivo volto a garantire un percorso assistenziale a quei cittadini senza soluzione di continuità.

¹⁴⁷ Per un maggior approfondimento si veda capitolo 1, *La definizione del paziente fragile*, pagina 27

3.5.1 - Dalla riduzione dei posti letto ospedalieri alla creazione dei posti letto dedicati alle strutture intermedie

L'analisi del numero dei posti letto riservati agli Ospedali di Comunità presenti nel Veneto richiede un approfondimento sul taglio dei posti letto avvenuti in seguito alla *Spending review*¹⁴⁸.

Questa legge, difatti, decreta la soppressione di 7.389 posti letto in Italia, poiché l'obiettivo primario implica una media complessiva di 3,7 posti letto per mille abitanti, di cui 0,7 dedicati alla riabilitazione e lungodegenze ed i restanti 3 per gli acuti.

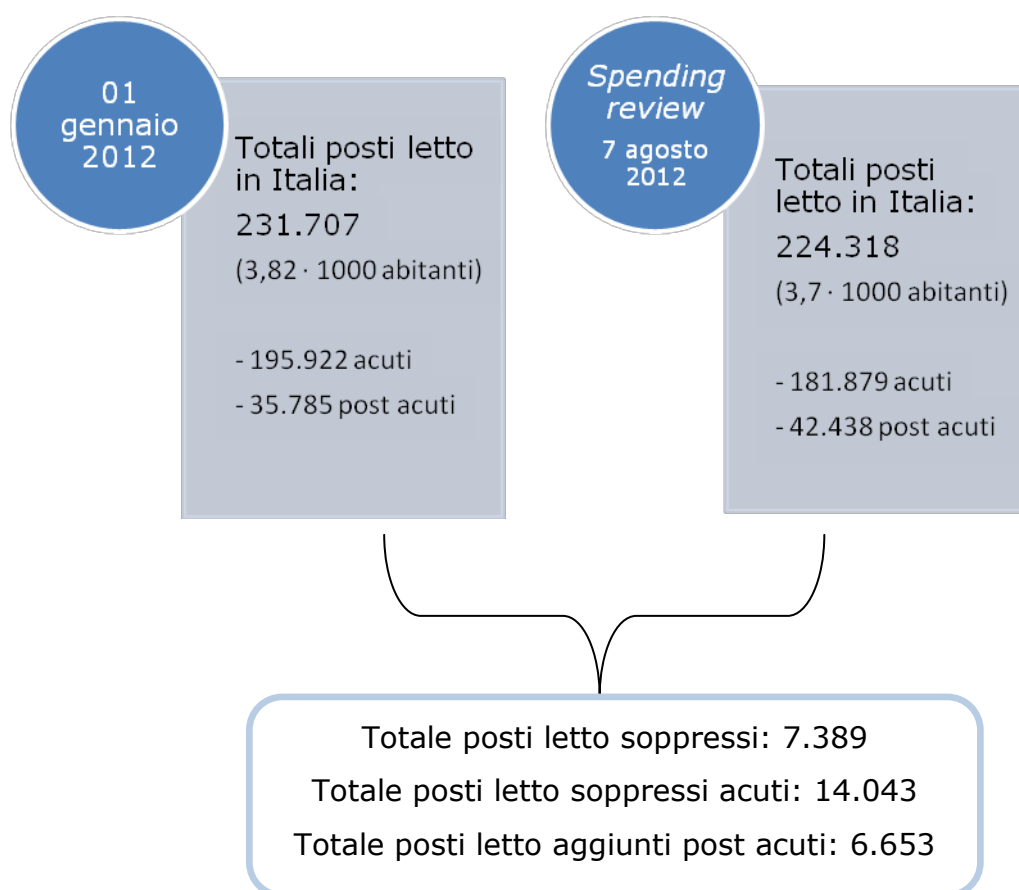


Grafico 2: Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera

Fonte: <http://salute.gov.it>, consultato il 10 settembre 2014

¹⁴⁸ L. 135/2012, *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*

La *Spending review*, per quanto concerne il taglio dei posti letto relativi alla Regione Veneto, ha apportato una diminuzione dei posti letto per acuti ed un incremento per post acuti.

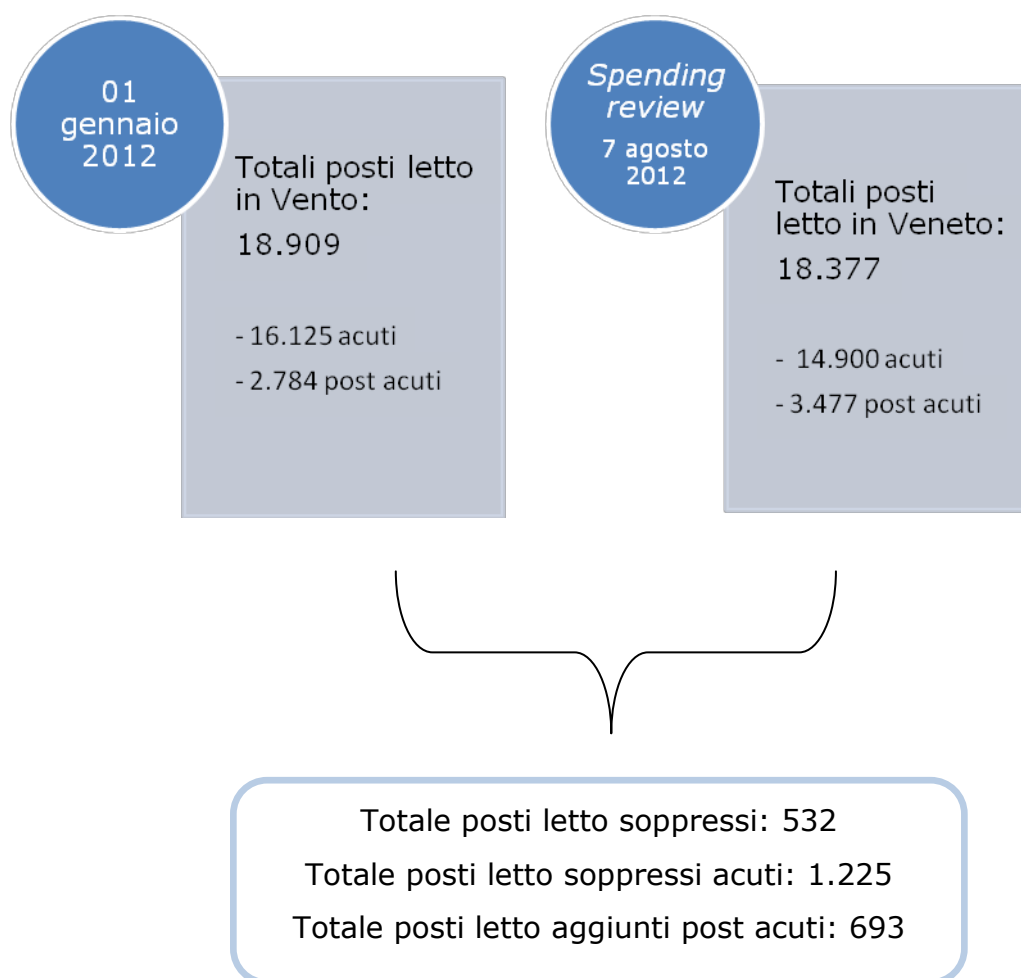


Grafico 3: Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera in Veneto

Fonte: <http://salute.gov.it>, consultato il 10 settembre 2014

Il Consiglio Regionale, a tal proposito, ha stabilito che la riduzione dei posti letto ospedalieri può avvenire solo dopo aver creato nuovi servizi nel territorio¹⁴⁹.

Uno dei pilastri del modello veneto, difatti, riguarda la *programmazione di strutture e servizi del territorio per la continuità delle cure e*

¹⁴⁹ PSSR 2012/2016, pagina 6

dell'assistenza e per la presa in carico delle persone¹⁵⁰. Tale finalità, però, si concretizza solo se vengono individuati con chiarezza i "luoghi" dedicati alla cura, attraverso una rideterminazione delle reti cliniche ospedaliere.

La Regione, dopo l'approvazione del PSSR 2012-2016 e la successiva DGR n. 68/2013¹⁵¹, ha intrapreso la strada per l'adeguamento delle schede ospedaliere e la ridefinizione delle unità operative assegnate a ciascuna Azienda ULSS. Questo percorso si è concluso con l'approvazione della DGR n. 2122/2013, in cui sono stati fissati i parametri fondamentali per l'organizzazione della funzione ospedaliera. Tutte le Aziende ULSS del territorio, perciò, devono prevedere l'adozione di un determinato numero di posti letto dedicati all'Ospedale di Comunità, oltre alle altre strutture intermedie, in modo di poter contrastare la riduzione dei posti letto ospedalieri, come sopracitato.

Ogni Azienda ULSS, quindi, ha posto in essere un Piano aziendale *per l'adeguamento della dotazione ospedaliera e territoriale*. Tale Piano viene predisposto esclusivamente dal Direttore Generale dell'Azienda ULSS.

Il PSSR, assieme alle DGR n. 2718/2012¹⁵² e n. 2851/2012¹⁵³, fornisce i criteri identificativi di queste strutture intermedie.

Le strutture intermedie riportate all'interno della normativa sopracitata, oltre all'Ospedale di Comunità, sono: l'Unità Riabilitativa Territoriale, l'*Hospice*, le Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (CTRP) ed i Centri di riabilitazione e strutture assimilate¹⁵⁴.

¹⁵⁰ PSSR 2012/2016, pagina 5

¹⁵¹ DGR 68/2013, *Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui la L.R. n. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 9, c. 1 ed Art 10, c. 1, L.R. n. 23/2012*

¹⁵² DGR 2718/2012, *Legge regionale 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della L.R. n. 22/2002*

¹⁵³ DGR 2851/2012, *Istituzione del Flusso Informativo per il Monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice e modifica della Scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice (DGR 3318/2008).*

¹⁵⁴ Hospice: vedi capitolo 1 *Definizione del paziente fragile*, pagina 21

CTRP: L.R. 22/2012, *Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali.*

Centri di riabilitazione e strutture assimilate: L. 833/1978, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*, ex art. 26;

Il PSSR ha fissato uno *standard* complessivo ottimale, rispetto alle strutture di ricovero intermedie, pari a 1,2‰ posti letto per abitante e considera la popolazione sopra i 42 anni il target ottimale di queste strutture.

La dotazione complessiva di posti letto, quindi, ammonta a 3.038¹⁵⁵, di cui ne sono attivi 1.775 in tutta la Regione¹⁵⁶, così distribuiti:

- n. 181 di *Hospice*;
- n. 236 di Ospedale di Comunità¹⁵⁷;
- n. 553 di Unità Riabilitativa territoriale (URT), con n. 358 posti letti in RSA per residenzialità temporanea anche con finalità riabilitative in relazione alle prestazioni erogate ed ai relativi modelli assistenziali e n. 195 posti letto nelle SAPA;
- n. 184 negli Istituti e Centri di riabilitazione o struttura assimilate;
- n. 621 nelle Comunità terapeutiche Riabilitative Protette.

I restanti 1.263 verranno attivati entro il 2016, come da accordi regionali.

¹⁵⁵ PSSR 2012/2016, capitolo 3, *Gli ambiti della programmazione*, pagina 55

¹⁵⁶ Rapporto Regione Veneto, *Monitoraggio e verifica Strutture Residenziali Extraospedaliere*, giugno 2011

¹⁵⁷ Bianchi S., *Infermieri, pressing per avviare gli Ospedali di Comunità*, quotidiano La Nuova Venezia, 30 luglio 2014

| | Pop. 0 42 anni | RILEVAZIONE DELL'ESISTENTE | | | | | | | | | |
|-----------|----------------|--|--|------------------------------|---|--|---|-------|------------------|--|--|
| | | CTRP n pl a valenza interaziendale (attivati) | CENTRI ex art 26 e strutture assimilate n pl a valenza interaziendale (attivati) | HOSPICE n pl attivati (0) | OSPEDALE DI COMUNITA' n pl attivati (0) | UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE (00) n pl attivati (0) | STRUTTURE DI RICOVERO INTERMEDIE n pl complessivi programmati | | n pl da attivare | | |
| AZIENDE | 73.252 | 28 | 100 | 8 | 20 | 10 | 88 | 27 | | | |
| ULSS n.1 | 46.650 | 13 | 0 | 4 | 20 | 10 | 56 | 7 | | | |
| ULSS n.2 | 88.758 | 20 | 0 | 8 | 0 | 28 | 106 | 42 | | | |
| ULSS n.3 | 94.705 | 12 | 10 | 9 | 16 | 38 | 113 | 20 | | | |
| ULSS n.4 | 87.209 | 34 | 0 | 0 | 25 | 10 | 105 | 42 | | | |
| ULSS n.5 | 159.792 | 71 | 12 | 7 | 0 | 77 | 192 | 57 | | | |
| ULSS n.6 | 114.097 | 33 | 30 | 0 | 0 | 10 | 137 | 91 | | | |
| ULSS n.7 | 119.404 | 36 | 0 | 0 | 20 | 10 | 143 | 75 | | | |
| ULSS n.8 | 207.771 | 30 | 10 | 12 | 0 | 27 | 249 | 144 | | | |
| ULSS n.9 | 112.832 | 30 | 0 | 17 | 0 | 10 | 135 | 72 | | | |
| ULSS n.10 | 177.114 | 20 | 0 | 41 | 40 | 75 | 213 | 0 | | | |
| ULSS n.11 | 137.297 | 18 | 0 | 0 | 0 | 10 | 165 | 111 | | | |
| ULSS n.12 | 37.582 | 14 | 0 | 0 | 0 | 0 | 45 | 33 | | | |
| ULSS n.13 | 119.781 | 20 | 0 | 12 | 0 | 20 | 144 | 74 | | | |
| ULSS n.14 | 257.450 | 40 | 0 | 26 | 50 | 26 | 309 | 115 | | | |
| ULSS n.15 | 98.971 | 23 | 0 | 8 | 0 | 10 | 119 | 69 | | | |
| ULSS n.16 | 97.996 | 42 | 0 | 8 | 0 | 10 | 118 | 69 | | | |
| ULSS n.17 | 42.133 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 50 | 38 | | | |
| ULSS n.18 | 241.358 | 68 | 22 | 21 | 15 | 80 | 290 | 97 | | | |
| ULSS n.19 | 78.395 | 14 | 0 | 0 | 0 | 10 | 94 | 59 | | | |
| ULSS n.20 | 139.179 | 55 | 0 | 0 | 20 | 82 | 167 | 21 | | | |
| ULSS n.21 | 2.531.726 | 621 | 184 | 181 | 236 | 553 | 3.038 | 1.263 | | | |
| Totalli | | | | | | | | | | | |

(0) n dei pl attivati è derivato dal rapporto regionale Monitoraggio e verifica Strutture Residenziali Extraospedaliere, giugno 2011

(00) n dei pl attivati classificati nella tipologia di Unità Riabilitative Territoriali comprende i pl cosiddetti di RSA a valenza riabilitativa e i pl SAPA

Tabella 3: Determinazione dei posti letto di strutture di ricovero intermedie a livello regionale per singola Azienda ULSS
Fonte: DGR 68/2013

3.5.2 - Le strutture intermedie attivate nelle Aziende ULSS della Provincia di Venezia¹⁵⁸

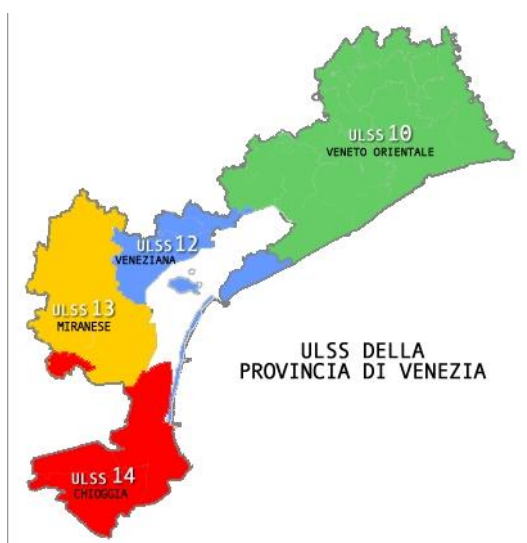
Nella Provincia di Venezia sono presenti le seguenti quattro Aziende ULSS:

n.10 *Veneto Orientale*;

n.12 *Veneziana*;

n.13 *Miranese*;

n.14 *Chioggia*¹⁵⁹.



¹⁵⁸ L. 56/2014, *Nuove disposizioni in materia di città metropolitane, province, unioni e fusioni di comuni*

¹⁵⁹ Nell'analisi che segue sono state prese in considerazione le Aziende ULSS n. 10, 12 e 13; l'Azienda ULSS n.14, invece, non è stata oggetto di studio poiché conta un numero ridotto di Comuni ed un bacino demografico basso

3.5.2.1 - Azienda ULSS n.10 *Veneto Orientale*



L'azienda ULSS n. 10 *Veneto Orientale* conta una popolazione di 217.831 abitanti.

L'organizzazione è ripartita in due Distretti Socio-Sanitari, nello specifico:

- DSS n.1 *Basso Piave*, che comprende i Comuni di: Caorle, Ceggia, Eraclea, Fossalta di Piave, Jesolo, Meolo, Musile di Piave, Noventa di Piave San Donà di Piave e San Michele al Tagliamento;
- DSS n.2 *Portogruarese*, invece, annovera i Comuni di: Annone Veneto, Cinto Caomaggiore, Concordia Sagittaria, Fossalta di Portogruaro, Gruaro, Portogruaro, Pramaggiore, Santo Stino di Livenza, Teglio Veneto e Torre di Mosto.

Il territorio in cui opera dispone di tre presidi ospedalieri, ovvero l'Ospedale di San Donà di Piave, l'Ospedale di Jesolo e l'Ospedale di Portogruaro. Tali complessi sono affiancati, inoltre, dalla *Casa di Cura A. e S. Rizzola*, che si trova a San Donà di Piave, in qualità di struttura privata accreditata a cui sono stati assegnati i medesimi compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale.

L'azienda ULSS n. 10 dovrà attivare 135 posti letto dedicati alle strutture intermedie entro il 2016¹⁶⁰. L'Azienda, attualmente, ha riconvertito 63 posti letto ospedalieri in posti letto per le strutture intermedie; i 72 restanti, invece, verranno impiegati per l'Ospedale di Comunità e per l'Unità Riabilitativa Territoriale, presso due RSA di prossima realizzazione a San Donà di Piave e Portogruaro e all'interno dell'Ospedale di Jesolo.

(Tabella n. 5)

¹⁶⁰ DDG 204/ 2014, *Piano aziendale di attuazione della DGR n. 2122/2013*

| Strutture di ricovero intermedie | N° posti letto già riconvertiti 2013 | N° posti letto da attivare 2015 | N° posti letto totali 2016 |
|--|--|---|----------------------------|
| <i>CTRP</i> | 28 | 0 | 28 |
| Strutture | 28. Interaziendali ripartiti | | |
| <i>Centri di riabilitazione o strutture assimilate</i> | 8 | 0 | 8 |
| Strutture | 8. Interaziendali ripartiti | | |
| <i>Hospice</i> | 17 | 0 | 17 |
| Strutture | 10. IPAB Residenza per Anziani <i>G. Francescon</i> Portogruaro | | |
| | 7. Centro Servizi residenziali Casa di riposo <i>Monumento ai caduti di guerra</i> San Donà di Piave | | |
| <i>Ospedale di Comunità</i> | 0 | 48 | 48 |
| Strutture | | 24. San Donà RSA di prossima realizzazione | |
| | | 24. Portogruaro RSA di prossima realizzazione | |
| <i>URT</i> | 10 | 24 | 34 |
| Strutture | 10. Residenza <i>Santa Margherita</i> Fossalta di Portogruaro | 24. Ospedale di Jesolo | |
| Totale | 63 | 72 | 135 |

Tabella 4: Scheda di rilevazione per la programmazione delle strutture di ricovero intermedie. Programmazione DGR 2122/2013

Fonte: DDG 204/2014_ Azienda ULSS n.10 *Veneto Orientale*

3.5.2.2 - Azienda ULSS n.12 *Veneziana*



AZIENDA U.L.S.S.12
VENEZIANA

L'azienda ULSS n. 12 *Veneziana* ha un bacino di utenza di 308.883 abitanti.

L'organizzazione è suddivisa in quattro Distretti Socio-Sanitari, nello specifico:

- DSS n.1 *Centro storico*, che include i sestieri di Venezia, quali: S. Marco, Castello, Cannaregio, Dorsoduro, S. Croce, S. Polo e Giudecca,;
- DSS n.2 *Venezia insulare ed estuario*, che comprende le isole di Murano, Burano e Lido ed il Comune di Cavallino-Treporti;
- DSS n.3 *Mestre centro e Mestre sud*, che racchiude le Municipalità di Marghera-Catene, Chirignago-Zelarino e la Municipalità di Mestre Centro per la parte corrispondente ai vecchi quartieri Terraglio, Piave, Viale san Marco, San Lorenzo-XXV aprile;
- DSS n.4 *Mestre Nord*, che abbraccia i Comuni di Marcon, Quarto d'Altino, la Municipalità di Favaro Veneto, la Municipalità di Mestre centro per la parte corrispondente al vecchio quartiere Carpenedo-Bissuola.

La zona di sua competenza è provvista di quattro presidi ospedalieri, ovvero l'Ospedale *Fatebenefratelli* a Venezia, l'Ospedale *San Camillo* a Lido di Venezia, gli Ospedali *Villa Salus* e *All'Angelo* a Mestre. Un complesso con analoghe funzioni, inoltre, è la *Casa di Cura Policlinico San Marco*, che si trova a Mestre, in quanto struttura privata accreditata a cui sono stati conferiti pari gli stessi compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale.

L'azienda ULSS 12 dovrà attivare 213 posti letto dedicati alle strutture intermedie entro il 2016¹⁶¹. L'azienda, al momento, ne può contare 176. I restanti 37 verranno adibiti CTRP e Centri di riabilitazione o strutture assimilate.

(Tabella n.6)

¹⁶¹ DDG 268/ 2014, *Piano aziendale dell'ULSS n.12 Veneziana di attuazione della DGR n. 2122/2013*

| Strutture di ricovero intermedie | N° posti letto già riconvertiti 2013 | N° posti letto da attivare 2015 | N° posti letto totali 2016 |
|--|--|---------------------------------|----------------------------|
| <i>CTRP</i> | 20 | 24 | 44 |
| Strutture | 20. Interaziendali ripartiti | Interaziendali ripartiti | |
| <i>Centri di riabilitazione o strutture assimilate</i> | 0 | 13 | 13 |
| Strutture | | Interaziendali ripartiti | |
| <i>Hospice</i> | 41 | 0 | 41 |
| Strutture | 8.RSD <i>Centro Nazaret Zelarino</i> | | |
| | 25. Policlinico <i>San Marco Mestre</i> | | |
| | 8.Ospedale <i>Fatebenefratelli Venezia</i> | | |
| <i>Ospedale di Comunità</i> | 40 | 0 | 40 |
| Strutture | 11. Ospedale <i>San Camillo Lido di Venezia</i> | | |
| | 10 Ospedale <i>Fatebenefratelli Venezia</i> | | |
| | 9.RSD <i>Centro Nazaret Zelarino</i> | | |
| | 10.RSD <i>Centro Nazaret Zelarino</i> | | |
| <i>URT</i> | 75 | 0 | 75 |
| Strutture | 60.IRE <i>Venezia</i> | | |
| | 15. RSD <i>Centro Nazaret Zelarino</i> | | |
| Totale | 176 | 37 | 213 |

Tabella 5: Scheda di rilevazione per la programmazione delle strutture di ricovero intermedie. Programmazione DGR 2122/2013

Fonte: DDG 268/2014_ Azienda ULSS n.12 *Veneziana*

3.5.2.3 - Azienda ULSS n.13 *Miranese*



L'Azienda ULSS n. 13 *Miranese* vanta una popolazione di 271.047 abitanti.

E' ripartita in due Distretti Socio-Sanitari, nello specifico:

- DSS n.1 *Area Nord*, che comprende i Comuni di: Martellago, Mirano, Noale, Santa Maria di Sala, Salzano, Scorzè, Spinea;
- DSS n.2 *Area Sud* invece, contiene i Comuni di: Campagna Lupia, Campolongo Maggiore, Camponogara, Dolo, Fiesso D'Artico, Fossò, Mira, Pianiga, Stra, Vigonovo

Il territorio interessato può contare sulla presenza di tre presidi ospedalieri, l'Ospedale di Dolo, l'Ospedale di Mirano e l'Ospedale di Noale.

L'azienda ULSS n. 13 dovrà attivare 165 posti letto dedicati alle strutture intermedie entro il 2016¹⁶².

L'Azienda, attualmente, ha riconvertito 105 posti letto ospedalieri in posti letto per le strutture intermedie; i restanti 60 verranno adibiti all'Ospedale di Comunità e all'Unità Riabilitativa Territoriale presso l'Ospedale di Noale¹⁶³. (Tabella n. 7)

¹⁶² DDG 37/2014, *Piano aziendale di attuazione della DGR n. 2122/2013*

¹⁶³ Regazzo, *A Noale L'Ospedale di Comunità*, quotidiano La nuova, 17 luglio 2014

| Strutture di ricovero intermedie | N° posti letto già riconvertiti 2013 | N° posti letto da attivare 2014 | N° posti letto da attivare 2015 | N° posti letto totali 2016 |
|--|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| <i>CTRP</i> | 34 | 0 | 0 | 34 |
| Strutture | 34. Interaziendali ripartiti | | | |
| <i>Centri di riabilitazione o strutture assimilate</i> | 10 | 0 | 0 | 10 |
| Strutture | 10. Interaziendali ripartiti | | | |
| <i>Hospice</i> | 0 | 11 | 0 | 11 |
| Strutture | | 11. Ospedale di Noale | | |
| <i>Ospedale di Comunità</i> | 0 | 40 | 10 | 50 |
| Strutture | | 40. Ospedale di Noale | 10. Ospedale di Noale | |
| <i>URT</i> | 10 | 0 | 50 | 60 |
| Strutture | 10. Centro Servizi Anni Sereni Scorzè | | 50. Ospedale di Noale | |
| Totale | 54 | 51 | 60 | 165 |

Tabella 6: Scheda di rilevazione per la programmazione delle strutture di ricovero intermedie. Programmazione DGR 2122/2013

Fonte: DDG 37/2014_ Azienda ULSS n.13 Miranese

| Aziende ULSS | Posti letto attivati al 2014 | Posti letto da attivare entro il 2016 |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| n. 10 <i>Veneto Orientale</i> | 63 | 72 |
| n. 12 <i>Veneziana</i> | 176 | 37 |
| n. 13 <i>Miranese</i> | 105 | 60 |

Tabella 7: Tabella riassuntiva dei posti letto relativi alle strutture intermedie nelle Aziende ULSS della Provincia di Venezia

I dati espressi nelle tabelle n. 3, 4, 5, e 6 delineano le modalità con cui la Regione Veneto ha fronteggiato il taglio dei 532 posti letto, stabilito dalla *Spending review*, ricorrendo all'introduzione di 731 posti letto dedicati alle strutture intermedie. In termini previsionali, quindi, la Regione rafforza le strutture sanitarie aumentando il numero dei posti letto per i pazienti. Ci si chiede, tuttavia, se tale supposizione trovi corrispondenza nella realtà.

Gli atti aziendali delle tre Aziende ULSS della Provincia di Venezia hanno confermato tali passaggi ma, da quanto emerge, solo l'Azienda ULSS n.12 *Venezia* ha già attivato quasi tutti i posti letto dedicati alle strutture intermedie, mentre le Aziende ULSS n.10 *Veneto Orientale* e n.13 *Miranese* si sono limitate a riconvertire i posti letto già esistenti. L'attivazione dei nuovi posti, difatti, non è ancora avvenuta.

Le strutture intermedie da incrementare nel nostro territorio sono l'Ospedale di Comunità e le Unità Riabilitative Territoriali.

L'Ospedale di Comunità è considerata la struttura principale, poiché rappresenta l'anello di congiunzione tra le strutture ospedaliere ed il domicilio e assume funzione di deospedalizzazione *non traumatica*. Una delle critiche sollevate, però, riguarda il pagamento della quota alberghiera: se il paziente supera il 31.mo giorno di ricovero allora è tenuto a compartecipare alla spesa sanitaria con una quota pari a 25 euro al giorno, che aumenta a 45 euro al giorno se supera il 60.mo giorno di

ricovero. E, qualora la struttura fornisca autonomamente l'assistenza medica continua, vengono aggiunti ulteriori 10 euro al giorno¹⁶⁴.

L'Ospedale di Comunità, difatti, viene definito quale *struttura atta a garantire le cure intermedie, cioè le cure necessarie per quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista medico, che non richiedono un'assistenza ospedaliera, ma sono troppo instabili per poter essere trattati in un semplice regime ambulatoriale o residenziale classico e che trattano problemi che si risolvono in un periodo limitato di tempo, indicativamente 4-6 settimane*¹⁶⁵.

La stima del ricovero minimo, quindi, risulta di 5 settimane, per cui è altamente probabile che i pazienti dovranno pagare almeno cinque giorni. La quota alberghiera, inoltre, potrebbe disattendere l'articolo n. 32 c.1 della Costituzione, in base al quale l'Italia è una Repubblica che *tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti*.

Le schede ospedaliere hanno rinviato la definizione dei posti letto dedicati alle strutture intermedie agli Atti Aziendali, che fungono da strumento di pianificazione affinché vengano resi coerenti i numeri imposti all'interno della DGR n. 68/2013¹⁶⁶. Quest'ultima norma, inoltre, impone alle Aziende ULSS di attivare i posti letti principalmente all'interno delle strutture pubbliche¹⁶⁷.

L'analisi effettuata permette di affermare che nessuna delle Azienda ULSS ha seguito pienamente tale indicazione, poiché molti posti letto vengono inseriti in strutture private.

Un altro aspetto significativo da tenere in considerazione, in relazione alle strutture intermedie, riguarda la collocazione dei posti letto, poiché sono i singoli Direttori Generali delle Aziende ULSS a decidere

¹⁶⁴ DGR 2718/2012, *Legge regionale 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. Definizione delle tipologie di strutture di ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della Legge regionale 16 agosto 2002 n. 22, Allegato A, pagina 2 e 5*

¹⁶⁵ IBDEM, Allegato A, pagina 1

¹⁶⁶ DGR 68/2013, *Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie PSSR 2012-2016, pagina 10*

¹⁶⁷ IBIMED

l'assetto strutturale. Tale azione implica una forte discrezionalità da parte di un solo soggetto dell'apparato socio-sanitario, attraverso un atto monocratico¹⁶⁸.

¹⁶⁸ DDG 204/2014, Azienda ULSS n.10 *Veneto Orientale*
DDG 268/2014, Azienda ULSS n.12 *Veneziana*
DDG 37/2014, Azienda ULSS n.13 *Miranese*

Conclusioni

L'aggettivo fragilità viene accostato principalmente alle persone anziane, poiché sono persone maggiormente vulnerabili e sensibili a causa di un declino fisiologico naturale.

La storia con cui apro questa tesi, difatti, descrive la fragilità di una signora ultra 80enne; quella fragilità, però, ha origini lontane, in seguito alla perdita del marito che rappresentava per lei un sostegno quotidiano. Diventare fragili, quindi, è una conseguenza della presenza di più determinanti, quali problemi di salute psico-fisica, di disabilità, di gestione del quotidiano e, infine, problemi di tipo ambientale e familiare. Ognuno di noi, quindi, può diventare un paziente fragile poiché i cambiamenti improvvisi di tipo sanitario, sociale, economico e familiare possono rompere l'equilibrio nel quale viviamo.

La rete primaria è la prima ad essere investita; ma non è sempre sufficiente. Questo, che avevo osservato durante il tirocinio, è diventato oggetto di analisi della mia tesi.

Ciò su cui volevo indagare era se e cosa il Sistema Sanitario Regionale metteva in campo per aiutare o sostenere il paziente fragile e la sua famiglia. Ho evidenziato che la Regione Veneto ha sopperito ai tagli imposti dalla *Spending review* con l'introduzione dei posti letto dedicati alle strutture intermedie. Tuttavia tale riconversione non è stata ancora attuata in maniera completa. Questa "incompletezza" si rileva sia in termini numerici che in termini di funzioni.

Dall'analisi risulta che la Regione Veneto, attraverso il Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, ha riconosciuto l'importanza delle strutture intermedie, tuttavia quelle attivate attualmente sono la metà delle previste. Questo dato fa emergere un "vuoto" strutturale nella fase di post dimissione del paziente fragile.

Tale assenza, di conseguenza, comporta delle difficoltà nell'inserimento sociale, aspetto al quale non viene data la giusta attenzione. L'assistente sociale, infatti, si rapporta a una famiglia "spaesata" di fronte alla decisione di riaccogliere oppure no il familiare.

Come descritto nel capitolo III le strutture intermedie da incrementare sono le Unità Riabilitative Territoriali e gli Ospedali di Comunità.

In particolare, ho preso in esame l'Ospedale di Comunità perché è considerata la struttura principale, in quanto rappresenta l'anello di congiunzione tra le strutture ospedaliere ed il domicilio e assume funzione di deospedalizzazione *non traumatica*. Inoltre è possibile accedervi direttamente anche dal domicilio su proposta del MMG, la cui presenza garantisce finalmente continuità delle cure e monitoraggio costante dello stato di salute del paziente fragile.

In base al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, il *gap* numerico delle strutture sarà colmato entro il 2016, risolvendo in parte le criticità legate alla componente socio-sanitaria.

Come ho evidenziato l'Ospedale di Comunità dovrebbero svolgere un ruolo fondamentale di sostegno al paziente fragile e alla famiglia, e potenzialmente ci sono gli elementi perché ciò avvenga.

La motivazione e la preparazione del personale socio-sanitario e il clima familiare, infatti, sono tutti aspetti a favore. Si tratta di testare il percorso riabilitativo del paziente fragile e di accompagnamento alla scelta, e portare a regime il numero dei posti letto stabiliti, nel più breve tempo possibile. Se i risultati saranno positivi, il passaggio successivo potrebbe essere quello di incrementare ulteriormente i nodi della rete, realizzando una piena integrazione socio-sanitaria. Infatti se l'obiettivo principale della Regione rimane quello del rientro presso il domicilio dovrebbero essere incrementati anche i servizi territoriali di supporto già presenti, il cui ruolo oltre a garantire la continuità nella presa in carico assicura un aiuto costante alla famiglia.

E' questa, a mio parere, la strada che si dovrebbe percorrere.

Allegati

Allegato n.1 - Scheda di segnalazione del paziente fragile

DDG. n.283/2010



REGIONE del VENETO - AZIENDA ULSS n. 10 "VENETO ORIENTALE"
 P.O. di PORTOGRUARO SAN DONA' DI PIAVE JESOLO C. C. RIZZOLA altro.....

SCHEDA DI SEGNALAZIONE PRE-DIMISSIONE OSPEDALIERA PAZIENTE FRAGILE

| | | | |
|---|---|-----|------|
| Da inviare via FAX allo Sportello integrato presso il Distretto di residenza del pz. entro 3 giorni dal ricovero a cura della UO Osp. | Sportello integrato Distretto 1 Sandonatese | fax | tel. |
| | Sportello integrato Distretto 2 Litorale | fax | tel. |
| | Sportello integrato Distretto 3 Portogruarese | fax | tel. |

U.O. segnalante _____ Medico _____
 tel. _____ fax _____ e-mail _____
 data ingresso |_|_|_|_|_| durata presunta del ricovero (in gg) |_|_|

PAZIENTE (utilizzare l'etichetta/codice a barre dell'accettazione ed indicare la residenza)

| | |
|--|---|
| <i>Spazio per etichetta</i> | residente nell'ULSS n. 10: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no domiciliato nell'ULSS n. 10: <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no |
| | via: _____ città _____ |
| | ospite di un Centro servizi residenz. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no _____ |
| | UO ospedaliera di provenienza _____ |
| | Medico di Medicina Generale: dott. _____ |
| stabilito contatto con MMG <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no (in caso di no) segnalazione al Distretto <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| Già seguito da Servizi sanitari/sociali territoriali (AD), Psichiatria, Servizio sociale comunale, ...) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | |
| se si indicare quale: _____ | |

FAMILIARE O ALTRA PERSONA DI RIFERIMENTO

cognome/nome _____ convivente si no
 grado di parentela _____ tel. _____ nessun riferimento

STATO DI CONVIVENZA

vive da solo si no - convivente con coniuge si no età coniuge |_|_| con figli si no età figli |_|_| e |_|_|
 con altri parenti si no (grado) _____ con altri si no

MOTIVO DELL'ATTUALE RICOVERO (diagnosi d'ingresso): _____

| | | | |
|----------------------|---|---|--|
| CONDIZIONI GENERALI | <input type="checkbox"/> buone | <input type="checkbox"/> scadute | <input type="checkbox"/> molto scadute |
| STATO COGNITIVO | <input type="checkbox"/> buono | <input type="checkbox"/> lievemente deteriorato | <input type="checkbox"/> deteriorato |
| AUTONOMIA FUNZIONALE | <input type="checkbox"/> autosufficiente | <input type="checkbox"/> parzialmente autosufficiente | <input type="checkbox"/> non autosufficiente |
| PRESENZA DI | <input type="checkbox"/> sondino naso-gastrico | <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> stomia |
| | <input type="checkbox"/> catetere venoso centrale | <input type="checkbox"/> catetere vescicale | <input type="checkbox"/> decubiti |
| | <input type="checkbox"/> ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> tracheostomia | <input type="checkbox"/> respiratore |

IPOTESI DI BISOGNI ALLA DIMISSIONE (POST ACUZIE)

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> trasferimento in UO lungodegenza | <input type="checkbox"/> assistenza infermieristica a domicilio |
| <input type="checkbox"/> trasferimento in UO di riabilitazione | <input type="checkbox"/> valutazione multidimensionale distrettuale (UVM) per: <input type="checkbox"/> assistenza domiciliare integrata: ADIMED <input type="checkbox"/> ingresso in HOSPICE <input type="checkbox"/> ingresso in un Centro servizi residenziali |
| <input type="checkbox"/> trasferimento in struttura intermedia | |
| <input type="checkbox"/> riabilitazione | |
| <input type="checkbox"/> ausili | <input type="checkbox"/> attivazione altri servizi <input type="checkbox"/> Psichiatria <input type="checkbox"/> SERT <input type="checkbox"/> altro _____ |
| <input type="checkbox"/> servizi socio-assistenziali comunali | |
| <input type="checkbox"/> altro (specificare) | |

ANNOTAZIONI _____

Data |_|_|_|_|_|

FIRMA _____



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA UNITÀ LOCALE SOCIO SANITARIA N. 10
"VENETO ORIENTALE"

Sede Direzionale:
Piazza De Gasperi, n.5 - 30027 San Donà di Piave (VE) Codice Fiscale e Partita I.V.A.: 02799490277

COMITATO ETICO PER LA PRATICA CLINICA

LA TUTELA DEI VALORI NEL MALATO FRAGILE

Il miglioramento delle condizioni di vita e il progresso nella cura della salute hanno determinato un sensibile aumento dell'aspettativa di vita. I paesi nord-occidentali si caratterizzano così per un importante incremento della popolazione anziana; tale fenomeno ha come verosimile conseguenza un parallelo aumento delle patologie degenerative e dello stato di cronicità; il miglioramento della mortalità per le patologie acute ha determinato un'estensione della durata della vita che inevitabilmente incontra le patologie degenerative per le quali non esiste guarigione e che richiedono un'assistenza sempre più estesa. Il volto della nostra popolazione sta cambiando e sempre più scorgiamo in essa i segni della sofferenza e dalla fatica per una vita segnata dalla esposizione alla malattia cronica che peraltro può coinvolgere anche la popolazione giovane, seppur con minor frequenza. Dobbiamo inoltre considerare che, in una visione globale del concetto di salute, alla condizione di fragilità contribuisce non solo la presenza della malattia ma ogni altro fattore (culturale, economico, socio-ambientale o altro) che possa minare l'autonomia della persona.

La vulnerabilità della persona diventa appello morale al prendersi cura della radicale condizione di fragilità della condizione umana. La capacità di prendersi cura della sofferenza e di organizzare la solidarietà sono il segno più evidente del livello morale raggiunto da una civiltà. Senza la prospettiva etica non è possibile porre le condizioni di vita nella società, perché essa è la premessa e lo strumento per la razionale discussione e deliberazione sui fini della vita stessa.

Per dare concretezza e operatività a questa tensione morale richiamiamo alla coscienza di tutti alcuni punti eticamente qualificanti ed irrinunciabili nell'approccio alla cura e alla presa in carico delle persone affette da patologia cronico-degenerativa o da ogni altra situazione che ne determini la condizione di fragilità:

- 1) Nel corso dell'evoluzione della sua condizione e della malattia, ogni soggetto conserva sempre la propria identità di persona e la dignità ad essa conseguente.
- 2) Il rispetto per la dignità della persona costituisce un principio in sé autoevidente ed irrinunciabile. Il rispetto si intende esteso a tutte le dimensioni della vita compresa la condizione della persona sofferente. Attraverso il principio del rispetto riconosciamo alla persona la propria autonomia e autodeterminazione e la necessità di proteggerla nelle condizioni di vita nelle quali viene minacciata o diminuita; in questo contesto deve essere garantito il diritto ad un'informazione trasparente e personalizzata sul proprio stato di salute e l'esercizio del consenso ai trattamenti proposti.
- 3) Il particolare vulnerabilità del malato fragile comporta la necessità di farsi prossimo e richiama alla responsabilità verso tale condizione.



- 4) Il prendersi cura del malato cronico deve avvenire secondo i principi di giustizia, equità e proporzionalità, riconoscendo il diritto a risposte tempestive e adeguate rispetto ai bisogni reali, attraverso una rete di servizi accessibili.
- 5) Le malattie croniche ed invalidanti spesso non hanno possibilità di guarigione; ciò non significa però che le persone che ne sono affette non abbiano possibilità di cura. Si ritiene necessario considerare le cure palliative una componente irrinunciabile nel processo di assistenza.
- 6) Ogni strategia di assistenza al malato fragile deve sempre mirare ad integrare la sua condizione nella vita sociale ai massimi livelli possibili e prevenire, per quanto le compete, ogni forma di emarginazione e di isolamento.
- 7) La particolare condizione del malato fragile richiede, nel processo della cura, un'attenzione specifica alla prospettiva relazionale che contribuisce a qualificare l'identità della persona. Ciò esige l'integrazione della rete relazionale del malato all'interno delle istituzioni di assistenza e cura.
- 8) La famiglia e la propria casa sono il luogo naturale della vita di ogni persona e dove ognuno vive la propria dimensione affettiva. Sono necessari, quindi, protezione e sostegno per l'ambito familiare nel quale il malato fragile deve poter continuare ad essere inserito. Ove ciò non sia possibile, l'istituzione di accoglienza deve ricreare nell'ambiente e nelle relazioni quell'irrinunciabile clima familiare che consente alla persona sofferente di sentirsi accolta.
- 9) Ogni cura e sostegno alla persona fragile deve rispettare e promuovere quei valori spirituali (religiosi e non) che hanno sempre dato significato alla vita della persona. Essi rappresentano un patrimonio e un'eredità culturale irrinunciabile per la società e le nuove generazioni. Devono essere altresì rispettate le radici culturali e le tradizioni che ogni persona porta con sé a motivo della propria origine.
- 10) L'incremento delle malattie croniche ed invalidanti richiede, secondo il principio di vulnerabilità e giustizia, adeguate forme di investimento di risorse pubbliche e private nelle istituzioni di assistenza e cura; tali investimenti rappresentano oggi una priorità dentro il sistema socio-assistenziale.

Nella storia di fragilità della persona, soprattutto quando coinvolge la fase conclusiva della vita, una dimensione particolarmente delicata è rappresentata dall'orizzonte del morire. Questa dimensione, particolarmente importante dal punto di vista etico ed antropologico, chiede di non essere negata né marginalizzata, ma di essere integrata dentro l'orizzonte della cura.

Tale integrazione chiede che, lì ove sia possibile e richiesto, sia data la possibilità di sostenere la persona nella ricerca del senso dell'evoluzione della propria esperienza di malattia.

In questa ottica, in considerazione della particolare considerazione della persona fragile, soprattutto se affetta da patologia cronica inguaribile, il supporto non può limitarsi ad una presa in carico limitata ai singoli interventi isolati che si vengono a rendere via via necessari, ma deve riguardare un sostegno personale che copra in prospettiva tutto il processo di cura nella sua complessità e nella sua evolutività, prendendo – per quanto possibile e per quanto la persona lo desidera – la forma di una pianificazione anticipata. Questo permette di evitare di dover prendere decisioni affrettate e potenzialmente inadeguate nell'emergenza di situazioni critiche che erano invece prevedibili e pianificabili.



Tale pianificazione non deve concentrarsi sulle singole decisioni di cura, ma mirare soprattutto a fare emergere i valori e i principi che le motivano e sorreggono. Per questo, la pianificazione del percorso deve essere condivisa con i familiari e i congiunti, chiamati a custodire e testimoniare la storia di quella persona ed il suo progetto di vita, e a promuoverne la dignità soprattutto in quei momenti in cui più evidente è la fragilità della sua esistenza.

Ciò può realizzarsi con il supporto dei familiari, dell'istituzione che ospita e di quelle persone che il malato indica come significative per la sua vita e dalle quali desidera essere accompagnato. Anche per questa dimensione viene richiesta la disponibilità a servire la persona nell'integralità dei suoi veri bisogni e delle sue dimensioni ponendola al centro dei processi di cura e assistenza.

Si auspica che la società nella globalità e nella complessità delle sue articolazioni istituzionali assuma la promozione dei valori e la protezione della persona fragile come un obiettivo prioritario delle proprie strategie di intervento sociale e sanitario.

Bibliografia

AULIZIO G. (a cura di), *Il Country Hospital: le esperienze dei Comuni di Modigliana e Premilcuore viste dai Medici di Medicina Generale*, in "L'Ospedale di Comunità: una risposta appropriata? Principi e metodi di valutazione", Booksei, Pordenone, 2001

AZZONE G., DENTE B. (a cura di), *Valutare per governare*, Etas, Milano, 1999

BIANCHI S., *Infermieri, pressing per avviare gli Ospedali di Comunità*, quotidiano La Nuova Venezia, 30 luglio 2014

BRUSONI P., ZAVARONI C. (a cura di), *Livelli di assistenza in Friuli Venezia Giulia*, in "L'Ospedale di Comunità: una risposta appropriata? Principi e metodi di valutazione", Booksei, Pordenone, 2001

DE AMBROGIO U. (a cura di), *Piani di zona tra innovazione e fragilità*, I Quid, Milano, 2008

DE TONI A., GIACOMELLI F., IVIS S., *Il mondo invisibile dei pazienti fragili*, UTET Università, Torino, 2010

DEL GIUDICE F. (a cura di), *La costituzione esplicita*, VIII edizione, Ed. Simone, Napoli, 2009

DI SISTO M., *Ospedali di Comunità: un paradosso Italico*, in "M.D. Medicinae Doctor", n. 15, Milano, aprile 2008

FERRERA M. (a cura di), *Le politiche sociali*, Il Mulino, Bologna, 2012

FONDAZIONE ZANCAN, *Carta etica delle professioni che operano a servizio delle persone*, Padova, giugno 2004

FONDAZIONE ZANCAN, *Verso un welfare generativo da costo a investimento*, n.2, Padova, marzo-aprile 2013

GORI C. (a cura di), *La riforma dei servizi sociali in Italia. L'attuazione della 328 e le sfide future*, Carrocci Editore, Roma, 2006

ISTAT, Rapporto annuale, *La situazione del Paese nel 2010*

ISTAT, *15° censimento*, 2011

LORENZIN B., *Newsletter del Ministero della Salute n.12*, 11 luglio 2014

NALDINI M., SARACENO C., *Sociologia della famiglia*, Il Mulino, Bologna, 2001

OLIVETTI MANOUKIAN F., *Re/immaginare il Lavoro Sociale. Appigli per una nuova progettualità*, in "I Geki di Animazione Sociale", in supplemento di "Animazione Sociale", n. 1, Torino, 2005

PACI M., *Pubblico e privato nei moderni sistemi di welfare*, Liguori editore, Napoli, 1989

PESARESI F. (a cura di), *La governance dei Piani sociali di zona*, in "Piani di zona tra innovazione e fragilità", I Quid, Milano, 2008

RANCI C., *Politica sociale. Bisogni sociali e politiche di welfare*, Il Mulino, Bologna, 2004

REGAZZO A., *A Noale l'ospedale di comunità*, quotidiano La Nuova Venezia, 17 luglio 2014

REGIONE VENETO, *Non è più lui, non è più lei*, 2009

REGIONE VENETO, *Vivere con una persona malata di Alzheimer e assisterla*, 2010

REGIONE VENETO, *Le strade del Sociale in Veneto*, 2013

RUGGERO C., CHERUBINI A., SENIN U. (a cura di), *Alla scoperta delle origini dell'anziano fragile*, in "Giornale di gerontologia", n. 4, Pisa, agosto 2007

SARACENO C. (a cura di), *Disuguaglianze che segnano destini. Se cresce il welfare cresce la libertà di un Paese*, in "Animazione Sociale", n. 259, Torino, gennaio 2012

SIZA R. (a cura di), *"La "328" e gli squilibri del welfare italiano*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 13, Milano, luglio 2010

TRABUCCHI M., *I vecchi, la città e la medicina*, Il Mulino, Bologna 2005

TREVISI G., *La distribuzione del carico di cura. Un metodo per il lavoro sociale*, Liguori Editore, Napoli, 2008

VECCHIATO T. (a cura di), *Welfare Generativo: da costo a investimento*, in "Vincere la povertà con un welfare generativo. La lotta alla povertà. Rapporto 2012", Fondazione Zancan, Il Mulino, Bologna, 2012

VERZOLATTO N. (a cura di), *Vicino alla morte, dentro la vita*, Mazzanti Editori, Venezia, 2004

Riferimenti legislativi

Legge n. 833 del 23 novembre 1978, *Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*

Legge n. 266 dell'11 agosto 1991, *Legge quadro sul volontariato*

Legge n. 421 del 23 ottobre 1992, *Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale*

Legge n. 419 del 30 novembre 1998, *Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*

Legge n. 328 dell'8 novembre 2000, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*

Legge n. 135 del 7 agosto 2012, *Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*

Legge n. 56 del 7 aprile 2014, *Disposizioni in materia di città metropolitane, province ed unioni e fusioni di comuni*

Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*

Decreto legislativo n. 517 del 7 dicembre 1993, *Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in*

materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421

Decreto legislativo n. 229 del 19 giugno 1999, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*", conosciuto anche come Legge Bindi o Riforma-Ter

Piani Sanitari Nazionali 1994/1996; 1998/2000; 2001/2003; 2003/2005; 2006/2008; 2009; 2011/2013

Il nuovo patto della salute 2014/2016, approvato il 10 luglio 2014

Legge Regionale n. 55 del 15 dicembre 1982, *Norme per l'esercizio delle funzioni in materia di assistenza sociale*

Legge Regionale n. 56 del 14 settembre 1994, *Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 Riordino della disciplina in materia sanitaria, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517*

Legge Regionale n. 5 del 3 febbraio 1996, *Piano Socio-Sanitario Regionale per il triennio 1996-1998*

Legge Regionale n. 22 del 16 agosto 2002, *Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie , socio-sanitarie e sociali*

Legge Regionale n. 11 del 13 aprile 2011, *Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112*

Legge regionale n. 23 del 29 giugno 2012, Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016

Delibera Giunta Regionale n. 5273 /1998, Linee guida regionali sull'attivazione delle varie forme di ADI

Delibera Giunta Regionale n. 1764 del 18 giugno 2004, Linee guida per la predisposizione dei Piani di Zona

Delibera Giunta Regionale n. 39 del 17 gennaio 2006, Piano locale per la domiciliarità

Delibera Giunta Regionale n. 1560 del 23 maggio 2006, Piani di Zona dei Servizi alla Persona 2003/2005: allineamento della programmazione in corso al 31 dicembre 2006. Indicazioni per la presentazione Piani di Zona dei Servizi alla Persona 2007/2009

Delibera Giunta Regionale n. 370 del 28 novembre 2006, Approvazione delle specifiche indicazioni per la valutazione dei piani di zona dei servizi alla persona e proroga del termine di presentazione dei piani di zona 2007/2009

Delibera Giunta Regionale n. 157 del 26 gennaio 2010, Approvazione delle Linee Guida Regionali sui Piani di Zona

Delibera Giunta Regionale n. 2082 del 3 ottobre 2010, Approvazione del Documento di indirizzo Regionale di cui alla DGR n. 157 del 26 gennaio 2010, allegato A, e del documento recante: Indicazioni per la presentazione del documento: Piano di Zona 2011/2015

Delibera Giunta Regionale n. 2718 del 24 dicembre 2012, Legge regionale 29 giugno 2012 n. 23, art. 10. Definizione delle tipologie di strutture di

ricovero intermedie e approvazione dei requisiti di autorizzazione all'esercizio dell'Ospedale di Comunità e dell'Unità Riabilitativa Territoriale ai sensi della L.R. n. 22/2002

Delibera Giunta Regionale n. 2851 del 28 dicembre 2012, Istituzione del Flusso Informativo per il Monitoraggio dell'assistenza erogata presso gli Hospice e modifica della Scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice (DGR 3318/2008)

Delibera Giunta Regionale n. 68 del 19 giugno 2013, Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui la L.R. n. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 9, c. 1 ed Art 10, c. 1, L.R. n. 23/2012

Delibera Giunta Regionale n. 2122 del 19 novembre 2013, Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013

Delibera Direttore Generale n. 283 del 22 settembre 2013, La dimissione protetta del paziente fragile, Azienda ULSS n.10 Veneto Orientale

Delibera Direttore Generale n. 37 del 31 gennaio 2014, Piano aziendale dell'Azienda ULSS n.13 Miranese di attuazione della DGR n. 2122/2013

Delibera Direttore Generale n. 268 del 31 gennaio 2014, Piano aziendale dell'Azienda ULSS n.12 Veneziana di attuazione della DGR n. 2122/2013

Delibera Direttore Generale n. 204 del 10 marzo 2014, *Piano aziendale dell'Azienda ULSS n.10 Veneto Orientale di attuazione della DGR n. 2122/2013*