

# Allegato <sup>A</sup> alla dgr



del **Ministero Sanitario Nazionale - Regione Veneto**  
**AZIENDA ULSS N. 6 "VICENZA"**

Viale F. Rodolfi n. 37 - 36100 VICENZA  
COD. REGIONE 050 - COD. U.L.S.S. 106 - COD.FISC. E P.IVA 02441500242



6 MAR. 2014

Dipartimento Giuridico Amministrativo  
Servizio Affari Legali e Amministrativi Generali  
Viale Rodolfi, 37 - 36100 Vicenza  
Direttore ad interim: dott. Marco Peruffo  
Prot. n. 15905 2014-S.A.LEG

OGGETTO: approvazione del Piano Aziendale per l'adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera e territoriale.

Spettabile  
Regione Veneto  
Area Sanità e Sociale  
Palazzo Molin - San Polo 2513  
Venezia (VE)

Spettabile  
Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, U.C. Assistenza Ospedaliera Pubblica e Privata  
Palazzo Molin - San Polo 2514  
Venezia (VE)

Via PEC all'indirizzo: [protocollo.generale@pec.regione.veneto.it](mailto:protocollo.generale@pec.regione.veneto.it)

In ottemperanza alle disposizioni di cui alla D.G.R. del Veneto n. 2122 del 19.11.2013 si provvede a trasmettere in allegato alla presente la **Deliberazione n. 178 del 06 marzo 2014** con la quale è stato approvato il *Piano aziendale per l'adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera e territoriale*; sono state inoltre formulate alcune considerazioni in ordine agli incarichi di direzione di strutture ed uffici nell'ambito di questa ULSS n. 6, in linea con quanto già contenuto nella Deliberazione n. 52 del 29 gennaio 2014 relativa all'approvazione della proposta di nuovo Atto Aziendale di questa ULSS n. 6, inviata con PEC del 30 gennaio scorso (prot. 6259/2014 Saleg).

Nel rimanere a disposizione per ogni eventuale chiarimento, si inviano con l'occasione i migliori saluti.

Il Direttore Generale  
(dott. ing. Ermanno Angonese)

Firmato digitalmente da

**Ermanno Angonese**

Data e ora della firma:  
06/03/2014 16:52:20

Responsabile del procedimento: dott. Marco Peruffo  
Responsabile dell'istruttoria: dott. Fabio Randon

**Allegato<sup>A</sup> alla dgr**

**n. del**

**REGIONE DEL VENETO**

**AZIENDA UNITA' LOCALE SOCIO-SANITARIA N. 6 "VICENZA"**



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 140520 data 02/04/2014, pagina 2 di 2

**DELIBERAZIONE**

n. 178

del 06/03/2014

**OGGETTO**

D.G.R. n. 2122 del 19.11.2013: approvazione del Piano Aziendale per l'adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera e territoriale. Considerazioni in merito agli incarichi di direzione di strutture ed uffici nell'ambito dell'ULSS 6. Considerazioni in merito agli incarichi di direzione di strutture ed uffici nell'ambito dell'ULSS 6.

Proponente: Servizio Affari Legali e Amministrativi Generali  
Anno Proposta: 2014  
Numero Proposta: 192

Servizio Affari Legali e Amministrativi Generali/2014/192



# Allegato<sup>A</sup> alla dgr

## n. del

Il Direttore del Servizio "Affari Legali e Amministrativi Generali" riferisce:

“ La Legge regionale 29 giugno 2012 n. 23 ha dettato norme in materia di programmazione socio sanitaria ed ha approvato il Piano Socio Sanitario Regionale per il quinquennio 2012 / 2016.

In virtù delle innovazioni introdotte dalla Legge succitata, la Giunta Regionale Veneta ha dettato, con D.G.R. 975 del 18.06.2013 successivamente revocata e sostituita dalla D.G.R. 2271 del 10.1.2013, nuove disposizioni in materia di organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere formulando le *"Linee Guida per la predisposizione dell'atto aziendale, per l'organizzazione del dipartimento di prevenzione e del distretto socio sanitario"*.

In ottemperanza alla DGR 2271/2013 questa ULSS ha quindi approvato, con Deliberazione n. 52 del 29.01.2014, la proposta di nuovo Atto Aziendale; proposta che è stata inviata in Regione in data 30 gennaio 2014 e che, allo stato attuale, è all'esame degli uffici regionali.

Sempre in applicazione di quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale 2012 / 2016 la Giunta Regionale Veneta, con D.G.R. n. 2122 del 19 novembre 2013, ha provveduto inoltre all' *"Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e alla 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 18.06.2013"*.

Nell'approvare le schede di dotazione ospedaliera e territoriale, la D.G.R. 2122/2013 ha stabilito quanto segue:

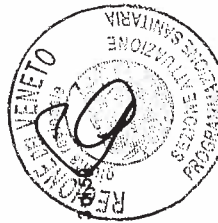
*"Per dare attuazione agli indirizzi previsti dal presente provvedimento si propone, infine, di incaricare i Direttori Generali delle Aziende Ulss del Veneto, dell'Azienda Ospedaliera di Padova, dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona e dell'IRCCS "Istituto Oncologico Veneto" di formulare un proprio Piano aziendale, indicando per ciascuno degli anni del biennio di riferimento (2014-2015) gli obiettivi e le azioni da porre in essere per l'adeguamento della dotazione assistenziale, nel rispetto del principio dell'equilibrio di bilancio.*

*Nello specifico i Piani delle Aziende Ulss dovranno prevedere l'adeguamento della dotazione ospedaliera, ivi compresa quella degli erogatori ospedalieri privati accreditati, e territoriale, coerentemente con quanto di seguito disposto:*

- *l'attivazione dei posti letto per l'assistenza territoriale deve essere contestuale alla riduzione dei posti letto ospedalieri;*
- *l'esplicitazione dei modelli organizzativi a garanzia della copertura assistenziale nell'arco delle 24 ore, per 7 giorni su 7 (integrazione con la Medicina di Gruppo Integrata o contiguità con reparti ospedalieri);*

*I Piani aziendali dovranno essere trasmessi per il visto di congruità di cui all'art. 6, comma 3, della L.R. n.56/1994 ed all'art. 39 della L.R. n.55/1994, entro 90 giorni dalla data di pubblicazione della presente deliberazione".*

Alla luce di quanto stabilito dalla DGR 2122/2013 e sopra riportato, si rende necessario, dopo aver approvato la proposta di nuovo Atto Aziendale, anche approvare il nuovo Piano Aziendale per l'adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera e territoriale, provvedendo alla trasmissione del medesimo in Regione.



Allegato<sup>A</sup> alla dgr

n. del



A tal fine lo scrivente Servizio ha predisposto il documento contenente il 'Piano' in questione sulla base della documentazione pervenuta dalla competente Direzione Sanitaria e Medica con nota in atti del 06 marzo 2014 e dalla competente Direzione dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale con nota in atti del 06 marzo 2014.

In merito alla parte di 'Piano' dedicata all'ospedale e predisposto dalla Direzione Medica Ospedaliera, si precisa che le schede relative alle strutture private accreditate sono state fornite, su richiesta della stessa Direzione Medica, dalle strutture interessate (case di cura Villa Margherita, Villa Berica ed Eretenia) che ne hanno curato interamente l'istruttoria e le hanno sottoscritte.

Si precisa, infine, che del 'Piano' in parola verrà data informativa scritta alle Organizzazioni Sindacali del comparto, della dirigenza e della medicina convenzionata, nonché al Collegio di Direzione e al Consiglio dei Sanitari dell'Azienda.

Alla luce di quanto esposto, si propone di approvare il Piano Aziendale per l'adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera e territoriale nel testo allegato alla presente delibera quale sua parte integrante ed essenziale, provvedendo alla trasmissione del medesimo in Regione.

\*\*

Per ragioni di completezza e con la volontà di attuare un efficace raccordo tra il 'Piano aziendale' per l'adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera e territoriale sin qui descritto e predisposto ai sensi della DGR 2122/2013, e la proposta di nuovo Atto aziendale formulata ai sensi della DGR 2271/2013, si reputa opportuno, in questa sede, anche porre in evidenza alcune considerazioni di carattere organizzativo in merito alle strutture (complesse, semplici e semplici a valenza dipartimentale) afferenti a questa ULSS n. 6; considerazioni di cui, peraltro, si è già dato conto nella precedente Delibera del Direttore Generale n. 52 del 29.01.2014 avente ad oggetto "D.G.R.V. n. 2271 del 10.12.2013: approvazione della proposta di nuovo atto aziendale e dei relativi documenti allegati"; delibera che è stata trasmessa in Regione con nota prot. 6259/2014 Saleg del 30 gennaio 2014.

A tale riguardo la proposta di atto aziendale elaborata da questa ULSS ha individuato specificatamente tutti i dipartimenti, le strutture complesse e le strutture semplici a valenza dipartimentale (USD) istituite nelle diverse aree dell'azienda (Ospedale, Territorio, Prevenzione, di Staff e Tecnico-amministrativa).

Per quanto concerne le strutture complesse ospedaliere si precisa che questa Azienda rispetta puntualmente quanto previsto dal paragrafo n. 4 ("Razionalizzazione del numero delle strutture") dell'Allegato 'A' alla D.G.R.V. n. 2271/2013, avendo previsto un numero di strutture complesse (apicalità) ospedaliere pari a 46 (quarantasei), come da schede ospedaliere approvate con la D.G.R. 2122 del 18.11.2013 (Allegato "C" alla D.G.R. n. 2122, pagina n. 32).

Per quanto concerne le strutture complesse extra-ospedaliere questa ULSS ha proposto un numero di apicalità extra ospedaliere pari a 30 (trenta) in ragione della complessità gestionale ed organizzativa che dette trenta strutture rivestono all'interno di questa Azienda capoluogo di Provincia con funzioni "Hub", come si evince dalla descrizione delle stesse strutture contenuta nell'atto aziendale nonché nelle "schede di dettaglio" allegate e relative alle strutture complesse extra-ospedaliere non espressamente previste dal precitato Allegato 'A1' alla D.G.R.V. n. 2271/2013. L'elenco riepilogativo di dette



# Allegato<sup>A</sup> alla dgr

## n. del

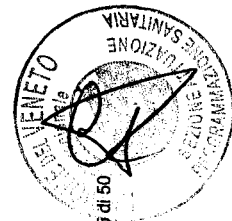
strutture è riportato nell'allegato n. 8 (otto) dell'atto aziendale e nell'atto stesso ne vengono descritte puntualmente le funzioni.

Più esattamente, la Direzione Strategica di questa ULSS ha reputato che la richiesta di un'apicalità aggiuntiva per l'area extra-ospedaliera sia suffragata, in questo momento storico, da almeno quattro motivazioni fondamentali:

1. gli incarichi attualmente conferiti per la direzione delle strutture complesse extra-ospedaliere in più casi hanno una scadenza che è successiva al 31.12.2015 e ciò impone di rivedere l'organizzazione extra-ospedaliera dell'azienda in un momento successivo, contestualmente allo scadere degli incarichi conferiti ai dirigenti interessati;
2. questa Azienda U.L.S.S. capoluogo di Provincia è sede di ospedale "Hub" a valenza provinciale e, come tale, si fa carico della gran parte delle problematiche derivanti dalla gestione dei dipartimenti interaziendali di area ospedaliera: ci si riferisce al DIMT della Provincia di Vicenza, al Dipartimento Provinciale delle Tecnologie informative sanitarie e al Dipartimento di Nefrologia e Dialisi tra ULSS 6 e ULSS 5; sull'ULSS di Vicenza gravano, senza dubbio, il maggior carico di lavoro e responsabilità derivanti dalla gestione di detti dipartimenti, in particolare per quanto concerne gli aspetti tecnico-amministrativi, organizzativi e finanziari. Si pensi, giusto per fare un esempio, al carico di lavoro e ai numerosi adempimenti che ricadono sui servizi amministrativi dell'ULSS 6 quale capofila nella gestione del DIMT Provinciale, compresa la gestione dei rapporti convenzionali ed economici con le associazioni dei donatori di sangue;
3. sono attualmente in corso di valutazione, in sede regionale, alcuni importanti provvedimenti che implementeranno la gestione dei servizi di area tecnico-amministrativa in ottica di 'area vasta': ci si riferisce alla Delibera 159/CR 10.12.2013 relativa ai nuovi dipartimenti interaziendali per l'area delle risorse umane e dell'economato/logistica: anche in questo caso si reputa opportuno attendere l'attivazione di questi nuovi dipartimenti cui conseguirà un intervento di razionalizzazione delle attività e quindi anche del numero delle strutture complesse afferenti agli stessi nuovi dipartimenti;
4. per quanto concerne, infine, l'ambito territoriale, va detto che le strutture complesse contemplate nell'Allegato n. 8 del nuovo atto rispondono alle esigenze clinico-assistenziali previste dall'Allegato 'B' alla DGR 2271/2013 e sono necessarie a garantire un'efficace organizzazione delle attività in un ambito, quello territoriale, già oggetto di un imponente sforzo riorganizzativo derivante dalla riduzione da n. quattro distretti ad un solo distretto socio sanitario.

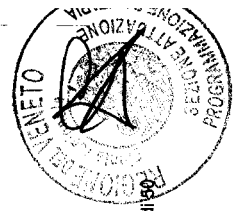
Per quanto concerne le unità operative semplici a valenza dipartimentale (USD), si fa presente che questa Azienda rispetta quanto previsto dalla D.G.R.V. n. 2271/2013, avendo inserito nell'atto aziendale le cinque unità operative semplici a valenza dipartimentale di area ospedaliera previste per questa ULSS n. 6 dalle schede di dotazione ospedaliera di cui all'Allegato "C" alla DGR 2122/2013 (*Terapia intensiva neonatale di Vicenza, Terapia Intensiva di Noventa, Radiologia di Noventa, Direzione Medica di Noventa e Psicologia Ospedaliera*), oltre ad una di area territoriale (*Sanità Penitenziaria*) prevista dall'Allegato "B" alla DGR 2271/2013.

Per quanto concerne le strutture semplici mere articolazioni di strutture complesse, si precisa che questa U.L.S.S. n. 6 rispetta il parametro nazionale citato dal paragrafo quattro dell'Allegato 'A' alla D.G.R.V. n. 2271/2013 (n. 1,31 strutture semplici per struttura complessa), avendo, allo stato attuale e con riferimento all'intero ambito aziendale, un numero complessivo di unità operative semplici pari a



# Allegato alla dgr

n. del



83, a cui si sommano (come richiesto dalla Segreteria Regionale alla Sanità con nota del 09.01.2014) le unità operative semplici a valenza dipartimentale, per un totale quindi di 89 strutture a fronte di un numero massimo di strutture semplici che possono essere istituite pari a 99 (*modalità di calcolo: consideriamo 46 apicalità ospedaliere e 29 apicalità extra-ospedaliere, per un totale di 75 strutture complesse: 75 per 1,31 = 98,25 che, arrotondato per eccesso come stabilito dalla Regione con nota del 02.08.2013, risulta dare un numero massimo di 99 strutture*).

Ciò detto, si deve precisare che in questa fase, come consentito dalla D.G.R.V. n. 2271/2013, si è ritenuto opportuno non riportare nell'atto aziendale l'elenco delle strutture semplici (ad eccezione, come detto sopra, di quelle espressamente previste dall'Allegato 'B' della D.G.R.V. in parola), in quanto questa Azienda, una volta approvata la proposta di atto aziendale e quindi in presenza di un assetto definitivo delle strutture complesse e dei nuovi dipartimenti all'interno dei quali troveranno inserimento le unità complesse, intende avviare un'azione di razionalizzazione e revisione in termini quali-quantitativi delle attuali unità operative semplici, sia di area ospedaliera che extra-ospedaliera.

Analogo *modus operandi* verrà inoltre posto in essere da questa Azienda con riferimento alle posizioni organizzative, sia quelle per il coordinamento di uffici che quelle che l'espletamento di attività altamente specializzate.

Una volta approvata la proposta di atto aziendale, e quindi in presenza di un assetto definitivo delle strutture complesse e dei nuovi dipartimenti all'interno dei quali troveranno inserimento le posizioni organizzative, verrà effettuata un'azione di razionalizzazione e di revisione in termini quali-quantitativi degli attuali incarichi di posizione organizzativa, sia di area ospedaliera che extra-ospedaliera.

Ne consegue che, sia per gli incarichi di direzione di unità operative semplici (affidati a personale della dirigenza) che per gli incarichi di posizione organizzativa (affidati a personale del comparto), potrà essere predisposto un cronoprogramma delle cessazioni degli incarichi non confermati in virtù della nuova organizzazione aziendale approvata dalla Regione. ""

Il medesimo Direttore ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in relazione alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia;

I Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Sociali e della Funzione Territoriale hanno espresso il parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

1. di approvare il Piano Aziendale dell'ULSS n. 6 'Vicenza' per l'adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera e territoriale (D.G.R.V. 2122/2013), nel testo allegato alla presente delibera quale sua parte integrante ed essenziale;
2. di stabilire che, del 'Piano' di cui al punto n. 1, venga data informativa scritta alle Organizzazioni Sindacali del comparto, della dirigenza e della medicina convenzionata, nonché al Collegio di Direzione e al Consiglio dei Sanitari dell'Azienda.



# Allegato<sup>A</sup> alla dgr

n. del

3. di trasmettere alla Regione Veneto il 'Piano' di cui al punto n. 1, per l'apposizione del visto di congruità di cui all'art. 6, comma 3, della L.R. n.56/1994 ed all'art. 39 della L.R. n.55/1994;
4. di dare atto che, con l'approvazione del 'Piano Aziendale' di cui al punto n. 1 nonché con l'approvazione del nuovo Atto Aziendale attualmente all'esame della Regione, questa Azienda procederà, per le motivazioni illustrate in premessa, ad un'azione di razionalizzazione e di revisione in termini quali-quantitativi degli attuali incarichi di direzione di unità operative semplici (affidati a personale della dirigenza), nonché degli attuali incarichi di posizione organizzativa (affidati a personale del comparto), sia di area ospedaliera che extra-ospedaliera.
5. di prescrivere che il presente atto venga pubblicato all'Albo on-line dell'Azienda.

\*\*\*\*



Regione del Veneto-A.O.O Giunta Regionale n. prot. 140520 data 02/04/2014, pagina 7 di 50

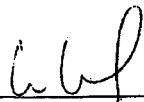


# Allegato<sup>A</sup> alla dgr


n. del

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo  
(Dr. Roberto Toniolo)



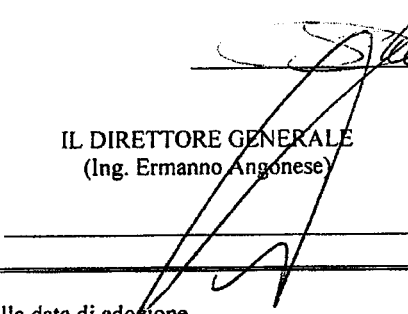
Il Direttore Sanitario  
(Dr. Francesco Buonocore)



Il Direttore dei Servizi Sociali  
e della Funzione Territoriale  
(Dr. Paolo Fortuna)



IL DIRETTORE GENERALE  
(Ing. Ermanno Angonese)



Il presente atto è eseguibile dalla data di adozione.

Il presente atto è proposto per la pubblicazione all'Albo on-line dell'Azienda con le seguenti modalità:

oggetto e contenuto;

solo oggetto (come da motivazione del Direttore del Servizio proponente);

nessuna forma di pubblicazione (come da motivazione del Direttore del Servizio proponente).

Copia del presente atto viene inviato in data odierna al Collegio Sindacale (ex art. 10, comma 5, L.R. 14.9.1994, n. 56).

IL RESPONSABILE PER LA GESTIONE ATTI  
DEL SERVIZIO AFFARI LEGALI E  
AMMINISTRATIVI GENERALI

Vicenza, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'atto è inviato alla Giunta Regionale del Veneto in data \_\_\_\_\_ con prot. n. \_\_\_\_\_

Copia conforme all'originale, composta di n. 28 fogli (incluso il presente), rilasciata per uso amministrativo.

IL RESPONSABILE PER LA GESTIONE ATTI  
DEL SERVIZIO AFFARI LEGALI E  
AMMINISTRATIVI GENERALI

Vicenza, 06 MAR. 2014



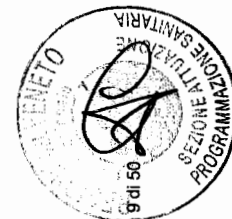




**Allegato<sup>A</sup> alla dgr**

**n. del**

**ALLEGATO**  
alla DELIBERA n° 178 del 06 MAR. 2014



Regione del Veneto-A.O.O. Giunta Regionale n.prot. 140520 data 02/04/2014, pagina 9 di 50

**Ulss n. 6 Vicenza**  
**Piano Attuativo Aziendale**  
**D.G.R. n° 2122 del 2013**





Il presente Piano Attuativo risponde a quanto richiesto dalla D.G.R. n° 2122 del 2013 ed è finalizzato ad evidenziare gli obiettivi e le azioni da porre in essere, per il biennio 2014-15, per l'adeguamento della dotazione assistenziale, nel rispetto del principio dell'equilibrio di bilancio. Nello specifico esso prevede l'adeguamento della dotazione ospedaliera, ivi compresa quella degli erogatori ospedalieri privati accreditati, e territoriale, coerentemente con quanto di disposto dalla delibera summenzionata.

Il presente piano punta alla realizzazione di azioni che si focalizzano su un "investimento sul Territorio e, di conseguenza, l'attribuzione di un ruolo rinnovato al Distretto sociosanitario sono finalizzati a rendere il Sistema più vicino al paziente, evitandogli inutili spostamenti, assicurandogli una risposta certa, adeguata alla tipologia di bisogno, continuativa e coordinata, competente e responsabile. Per questo il nuovo quadro programmatico ha introdotto il concetto di filiera dell'assistenza, rappresentando come le varie strutture territoriali debbano concorrere con gradualità all'erogazione dell'assistenza, tutelando ciascuna fase del percorso di presa in carico. Tramite la filiera dell'assistenza si intende, infatti, garantire un sistema di cure gradualmente attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale rappresentati dai servizi distrettuali, dalle forme associative della medicina convenzionata con particolare riferimento alla diffusione delle Medicine di Gruppo Integrate, dalle cure domiciliari caratterizzate da un modello di assistenza h24, 7giorni su 7, dalle cure palliative incentrate su un nucleo multiprofessionale specificatamente dedicato, dalle strutture di ricovero intermedie e dalle strutture residenziali.

Più in dettaglio sono obiettivi strategici:

- il potenziamento dell'assistenza domiciliare, quale aspirazione e diritto delle persone e dei familiari, che risponde all'obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- il rafforzamento della rete delle cure palliative, ambito in cui l'attenzione alla prossimità al decesso assume di per sé un valore etico, in cui la multiprofessionalità diventa una risorsa per la dignità della persona;
- la rimodulazione dell'assistenza residenziale sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali, considerando le strutture residenziali come parti integranti del Sistema, specie nel gravoso ambito della non autosufficienza;
- lo sviluppo di strutture di ricovero intermedie necessarie per garantire un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio senza soluzione di continuità. L'obiettivo è di evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, in particolare della persona anziana, favorendo il rientro al domicilio: un rientro che dovrà essere guidato, supportato, tutelato." (da D.G.R. n° 2122/13)

## Ambito territoriale

Questo piano si coniuga con quanto già definito nel 2013 nel piano attuativo locale per le cure primarie. Esso tuttavia rappresenta una sintesi di elementi di programmazione e di azioni più vaste, che tiene conto sia dell'Atto aziendale definito con D.G.R. n° 2271/13 ed inviato nei tempi previsti in regione a gennaio 2014 per il visto di congruità, sia del Piano di zona, in particolare per quanto riguarda la sezione relativa alla residenzialità extraospedaliera per adulti anziani non autosufficienti.

Diventa pertanto un piano integrato che ben si coniuga con la filosofia regionale che si incentra, per quanto riguarda le azioni nel concetto di filiera, di PDTA e di audit sulla valutazione dei risultati.

Questa modalità organizzativa integrata che parte dalla costruzione di un unico, nuovo distretto, vede pertanto la convergenza di fattori che dovrebbero favorire complessivamente le potenzialità ergative del territorio. Infatti, se da una parte il potenziamento delle cure primarie faciliterà la fuoriuscita dall'ospedale per acuti della persona dimissibile, dall'altra, grazie allo sviluppo delle cure intermedie, offrirà la possibilità di trovare una sorta di "arrivo morbido", guidato, del paziente nel proprio domicilio.

Nella logica di rete, il domicilio del paziente rimane il fulcro attorno al quale si sviluppano le azioni per gestire da parte dei diversi punti erogativi i problemi sanitari e sociosanitari del cittadino. Rimane priorità peculiare del territorio la gestione della cronicità e della fase di fine vita (cure palliative), in una logica di utilizzo sobrio, appropriato, equo e trasparente delle risorse.



# Allegato<sup>A</sup> alla dgr

n. del



## Riferimenti normativi

### Generali

1. L.R. n. 23 del 29 giugno 2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio sanitario regionale 2012-2016".
2. D.G.R. n° 2271 del 10.12.2013: "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e LR 29.06.2012 n. 23";
3. D.G.R. n° 2122 del 19.11.2013: "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"

### Medicina generale

4. D.G.R. n° 41 del 18 gennaio 2011: "Attuazione degli AACCN Medicina Convenzionata 2009/2010. Indirizzi";
5. D.G.R. n° 1666 del 18 ottobre 2011: "Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della D.G.R. n° 41 del 18.1.2011";
6. D.G.R. n° 2258 del 20/12/2011: "Informatizzazione dell'Assistenza territoriale: Medicina Generale. DD.G.R. n° 3494 del 2009, n. 41 e n. 1666 del 2011";
7. D.G.R. n° 2338 del 29/12/2011: "Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l'attuazione della D.G.R. n° 41 del 18.1.2011 -specialistica ambulatoriale interna";
8. D.G.R. n° 1510 del 31/07/2012: "Medicina generale. Modalità di attuazione D.G.R. n° 1666 del 2011";
9. D.G.R. n° 1666 del 07/08/2012: "Progetto per lo sviluppo della assistenza primaria approvato con D.G.R. n° 41 e n. 1666 del 2011. Impegno di spesa";
10. D.G.R. n° 1753 del 3/10/2013: "Informatizzazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta. Recepimento ed applicazione delle disposizioni della D.G.R. n°953/2013: definizione degli standard e delle modalità erogative";
11. D.G.R. n° 953 del 18 giugno 2013: "Progetto assistenza primaria: approvazione Verbale d'Intesa sottoscritto in data 31 maggio 2013 dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata";
12. D.G.R. n° 127 CR del 3 ottobre 2013: "Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n.23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016" e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione delle DD.G.R. n°41/2011, n.1666/2011 e n.1510/2012. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 2, comma 3, l.r. n.23/2012".

### Servizi residenziali e semiresidenziali:

13. D.G.R. n° 751 del 10 marzo 2000 "Assistenza residenziale ospedaliera intensiva ed estensiva- L.R. n. 5/96 (art 13 co 3- art.17) PSSR 1996-1998"
14. D.G.R. n° 2209 del 3 agosto 2001 "Riconoscimento delle sezioni di assistenza per pazienti in stato vegetativo permanente, ai sensi della D.G.R. n° 702/2001"
15. D.G.R. n° 3072 del 16 novembre 2001 "Centro diurno socio sanitario per anziani: linee guida per il funzionamento"
16. D.G.R. n° 3856 del 3 dicembre 2004 . L.R. n. 5 del 3 febbraio 1996, art 13. Erogazione prestazioni sanitarie: "Approvazione schema tipo di convenzione tra Aziende U.L.S.S. e Centri di Servizio"



# Allegato <sup>A</sup> alla dgr

n. del

17. D.G.R. n° 38 del 17 gennaio 2006 "Criteri di accesso ai servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti"
18. D.G.R. n° 394 del 20 febbraio 2007 "Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti: Art. 34 comma 1, LR 1 dl 30 gennaio 2004 e art. 4 della LR 2/2006."
19. D.G.R. n° 457 del 27 febbraio 2007 "Disposizioni alle Aziende U.L.S.S. per l'assistenza di persone non autosufficienti nei Centri di Servizio residenziali e per la predisposizione del Piano Locale della non autosufficienza. - D.G.R. n° 464/06 e D.G.R. n° 394 del 20 febbraio 2007".
20. Decreto dirigente regionale per i servizi sociali n° 244 del 3 luglio 2007 "indirizzi operativi della D.G.R. n° 457/07.
21. D.G.R. n° 4200 del 18 dicembre 2007 "Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n° 457/2007 " Assistenza alle persone anziane non autosufficienti"
22. D.G.R. 471 del 24 febbraio 2009 " D.G.R. 394 del 20/2/2007- Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti: Art. 34 comma 1, LR 1 dl 30 gennaio 2004 e art. 4 della LR 2/2006- Paragrafo 3.2 e paragrafo 7"
23. D.G.R. n° 190 del 22 febbraio 2011 "DGR n° 394 del 20 febbraio 2007 "Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti". Approvazione del provvedimento n. 115/CR del 14.10.2010
24. D.G.R. n° 2243 del 3 dicembre 2013 "Aggiornamento programmazione residenzialità per anziani non autosufficienti (DGR n° 33/CR del 15.10.2013).

## Normativa regionale relativa alle strutture intermedie

25. D.G.R. n° 1729 de 6 giugno 2003 " Misure per garantir la continuità assistenziale tra il sistema delle cure ospedaliere e il sistema delle cure distrettuali. Rifinalizzazione delle RSA da riconversione ospedaliera in esercizio e attivazione di nuove sedi"
26. L.R. n° 23 del 29 giugno 2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio sanitario regionale 2012-2016".
27. D.G.R. 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. 16 agosto 2002 n. 22"
28. D.G.R. n° 2621 del 18 dicembre 2012 "L. 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n° 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c.d. spending review): ulteriori determinazioni per l'anno 2012 e seguenti".

## Hospice

29. D.G.R. n° 751 del 10 marzo 2000 "Assistenza residenziale ospedaliera intensiva ed estensiva- L.R. n. 5/96 (art 13 co 3- art.17) PSSR 1996-1998";
30. D.G.R. n° 2989 del 22 settembre 2000" adempimenti regionali ex Art. 1 del Decreto legge 28/12/1948 " linee di indirizzo per l'assistenza al malato Neoplastico grave e in condizioni di terminalità e per lo sviluppo delle cure palliative";
31. D.G.R. n° 2686/06 - obiettivi dei Direttori Generali;
32. Decreto del Ministero della Salute n° 43 del 22 febbraio 2007 "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'art. 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n° 311";
33. Delibera ULLS 6 n° 499 del 15/12/2007 "Concezione con l'IPAB di Vicenza per la gestione dell'Hospice extraospedaliero dell'Ulss";
34. D.G.R. n° 2851 DEL 28/12/2012 Flusso informativo regionale Hospice e modifica della scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice.



Regione del Veneto-A.O.O Giunta Regionale n. prot. 140520 data 02/04/2014, pagina 1



# Allegato<sup>A</sup> alla dgr

n. del

## La programmazione del biennio 2014-15

Il 2014 è un anno cruciale nel quale convergono numerose azioni tra di loro integrate che coinvolgono lo sviluppo delle strutture portanti del territorio previste dalla normativa vigente: il distretto socio sanitario, le strutture intermedie, la medicina generale e la residenzialità per adulti anziani non autosufficienti.

### Obiettivi e azioni

Ferma restando la disponibilità finanziaria e le indicazioni regionali, per il 2014 si pianificano le seguenti azioni:

#### Distretto

Relativamente all'organizzazione distrettuale, si rimanda alla proposta di Atto Aziendale – deliberazione aziendale n. 52 del 29 gennaio 2014 - inviata a fine gennaio 2014 in Regione Veneto in ossequio alla D.G.R.n° 2271/13: "Organizzazione delle aziende U.U.L.L.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e LR 29.06.2012 n. 23".

Occorre sottolineare che la riorganizzazione distrettuale prevista, si integra organicamente al network che si sta delineando nel territorio e che vede coinvolti in primis i Medici di Medicina Generale, quindi le strutture intermedie e il sistema della residenzialità per anziani non autosufficienti.

Nell'unico distretto previsto infatti sono state istituite delle unità operative che svolgono un ruolo chiave nel funzionamento dell'assistenza sanitaria territoriale e precisamente:

#### 1. L'Unità Operativa Complessa di Continuità delle Cure.

Questa U.O.C. gestisce, in stretta connessione con l'U.O.C. Cure Primarie, U.O.C. Cure Palliative e U.O.C. Attività Specialistiche, il percorso di dimissione e di successiva presa in carico del paziente dall'ospedale, privilegiando il suo reinserimento a domicilio, anche in ADI, ma che può prevedere però il suo temporaneo trasferimento nelle strutture intermedie od anche il suo definitivo inserimento in residenzialità. Rappresenta, in particolare attraverso la Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) la porta di accesso per l'attivazione delle cure garantite a livello territoriale per i pazienti provenienti da strutture ospedaliere.

In particolare, deve gestire in modo flessibile il paziente complesso e fragile nella settimana seguente alla dimissione che è particolarmente critica per la modifica del setting assistenziale e che richiede alla Famiglia, al Medico di Medicina Generale, al Distretto e all'Ospedale uno sforzo comune per una presa in carico efficace.

Fanno capo a questa U.O.C. due Unità Operative fondamentali per la gestione territoriale del paziente:

- a. U.O.S. Centrale Operativa Territoriale; che Rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale;
- b. U.O.S. delle Strutture intermedie (escluso l'Hospice) finalizzata a gestire gli ingressi e modulare le dimissioni dalle strutture.

#### 2. L'Unità Operativa Complessa di Cure Primarie

Essa nasce con l'obiettivo di garantire lo sviluppo, il coordinamento e la gestione delle Cure primarie, anche attraverso l'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate previste dagli specifici atti di indirizzo regionale, coinvolgendo tutte le componenti della medicina convenzionata, in maniera tale da garantire a regime la continuità assistenziale e delle cure h24, 7gg/7.

Tra l'altro, si avvale dell'Unità Operativa Semplice adulti anziani, che garantisce il coordinamento tecnico-funzionale su tutto il territorio aziendale di servizi ed interventi relativi all'area anziani e garantisce, altresì, alcune funzioni operative a valenza su tutto il territorio aziendale (gestione delle impegnative di residenzialità, delle ICD, ...).

#### 3. L'Unità Operativa Complessa di Cure Palliative

5



5



Tramite questa U.O.C., L'Azienda ULSS garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale, svolgendo attività di gestione e programmazione del percorso di presa in carico, garantendo la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee (nella fattispecie Hospice e Ospedale di Comunità).

Tra le diverse competenze, a questa U.O.C. compete anche la direzione operativa dell'Hospice territoriale.

A seguito del visto di congruità Regionale si provvederà nel 2014 alla realizzazione progressiva di quanto definito nell'Atto Aziendale. Uno dei primi interventi sarà l'istituzione della UOC di Continuità delle cure e la creazione della Centrale Operativa Territoriale (COT). Parallelamente all'attivazione delle Unità Operative suaccennate, anche attraverso lo strumento di contrattazione di budget, si concorderanno i protocolli operativi tra unità operative per definire i livelli di responsabilità e per monitorare gli indicatori finalizzati alla valutazione degli esiti e i cui livelli saranno anzitutto in base alle indicazioni regionali.

### Medicina generale

Quest'area di programmazione va necessariamente ricollegata al "Piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza primaria" definito nel 2012 come strumento di programmazione di quanto dettato dalle D.G.R. n° 41/2011 e 1666/2011 e ne costituisce la naturale evoluzione dovendosi applicare per gli anni 2014-15.

È importante in tal senso richiamare alcuni principi essenziali esplicitati in tutta la recente normativa regionale in materia. In particolare i modelli di assistenza primaria declinati nelle Medicine di Gruppo Integrate, si stanno sviluppando secondo alcuni principi già richiamati nel precedente piano Aziendale delle cure primarie:

- L'aumento delle patologie croniche e la conseguente domanda di servizi e risorse, rendono necessaria la riorganizzazione del modello assistenziale che deve puntare all'implementazione territoriale di modelli di sperimentata efficacia come il "Chronic Care Model" che possano garantire la gestione della cronicità e, più in generale la fragilità, secondo principi di appropriatezza, equità, sostenibilità e sussidiarietà;
- Il Medico di Medicina Generale è il primo riferimento per il paziente e garantisce, insieme al Distretto, gli interventi sanitari nella logica dell'appropriatezza clinica e organizzativa assumendo non solo funzione di gate-keeping, cioè di controllore del ricorso alla specialistica, ai servizi ospedalieri e ad altre prestazioni costose, ma di "organizzatore orizzontale" cui è affidata la responsabilità dell'intero percorso di cura del paziente;
- La promozione di una sanità territoriale di iniziativa che valorizzi la prevenzione, lo screening, la diagnosi precoce e la presa in carico pro-attiva del cronico già dalle prime fasi della malattia, prevenendo le complicanze e superando così il modello della medicina di attesa orientato alla cura delle complicanze delle malattie croniche;
- Il rafforzamento del concetto di filiera assistenziale, potenziando l'asse Medicina di gruppo ↔ AFT ↔ Distretto sociosanitario ↔ Ospedale, percorso lungo il quale la patologia cronica trova una risposta coerente, ma che richiede una profonda disamina sui livelli organizzativi e su quelli di responsabilità che vanno preventivamente dichiarati e condivisi. In questa logica rientrano l'implementazione dei PDTA, l'erogazione diretta di procedure diagnostiche di base direttamente dalle Medicine di Gruppo Integrate, il ricorso alla consulenza del Medico Specialista per i casi più complessi, l'integrazione dei MMG con i Medici Palliativisti distrettuali per la gestione a domicilio della terminalità oncologica e non e, non da ultimo, la valorizzazione delle Strutture Intermedie previste dalla Regione;
- L'integrazione funzionale delle Medicine di gruppo con i MCA per garantire l'assistenza con la modalità integrata, a regime, 24h 7 giorni su 7;
- La rilevazione sistematica degli esiti e la produzione di report relativi a indicatori di processo e risultato che saranno oggetto di audit nelle AFT per promuovere e diffondere le migliori pratiche e garantire una omogeneizzazione "al rialzo" degli interventi dei diversi nodi erogativi territoriali;
- Il sostegno al nucleo familiare, essenziale per il mantenimento a domicilio della persona fragile con elevati bisogni sanitari e che se non supportato adeguatamente è a rischio di logoramento e diventa generatore di ospedalizzazione e di residenzialità.



- L'integrazione necessaria con la componente sociale allo scopo di promuovere non solo una medicina ma anche una "società d'iniziativa", società che possa rifrancare la propria identità riorganizzando sulla solidarietà, sull'equità ed sul corretto utilizzo delle risorse.

I vantaggi attesi dall'Azienda nello sviluppo delle forme associative più evolute - così come previste dalla normativa regionale - sono tra l'altro:

- L'accessibilità, ovvero la possibilità per il paziente di trovare una risposta ai problemi di salute per tutto l'arco della giornata;
- L'equità erogativa, garanzia di accesso ai servizi per tutti gli utenti;
- L'appropriatezza clinica assicurata da percorsi di audit che consentono di definire standard erogativi;
- La sostenibilità del network creato, anche economica, monitorabile con specifici indicatori (ad esempio il tasso di ospedalizzazione, la spesa farmaceutica pro capite, le visite specialistiche, ...);
- La valutazione integrata dei bisogni sociosanitari contestualizzata con le risorse sociali presenti nelle AFT;
- L'integrazione con il Distretto quale struttura operativa di supporto clinico al medico e di valutazione e controllo della presa in carico del cittadino;

A fronte di questi principi, quest'Azienda intende programmare per il 2014 tutte quelle azioni che hanno come obiettivo quello di stimolare e di supportare lo sviluppo dell'associazionismo della medicina generale e in particolare delle Medicine di Gruppo. In tal senso si è proceduto ad un censimento complessivo dell'attuale situazione, descritto più avanti e ad un'azione di sensibilizzazione e di confronto su vasta scala, che continuerà per tutto l'anno e che vede coinvolti direttamente i Medici di medicina generale presenti nel territorio, la Direzione Generale, i Distretti, i Sindaci, le Organizzazioni Sindacali e il Terzo Settore.

Le criticità emerse in questa prima fase di attivazione si possono così riassumere:

- Difficoltà per alcuni medici di rivedere le loro attuali modalità di lavoro al fine di costruire un rapporto fattivo ed innovativo con gli altri MMG e con l'azienda Ulss, dovuta sia alla autonomia operativa che ha connotato negli anni la loro attività;
- Difficoltà di individuare nel territorio spazi adeguati per la formazione delle MGI e criticità per i costi elevati per acquisire e gestire le sedi e i fattori produttivi che non sono ristorati completamente dalle indennità previste dall'ACN; molti MMG usufruiscono di ambulatori di proprietà che in questo momento congiunturale potrebbe essere difficile dismettere;
- La rigidità della segmentazione del territorio ULSS nelle attuali AFT, talora di dimensioni limitate, e l'ulteriore vincolo degli ambiti territoriali, sono un fattore limitante per lo sviluppo delle MGI; queste ultime richiedono un coinvolgimento numerico consistente di medici per essere efficienti e sostenibili.
- Le caratteristiche geografiche del territorio, la viabilità e la densità abitativa disomogenea richiedono modalità organizzative diversificate; nelle zone collinari, ad esempio, è strategico mantenere una postazione ambulatoriale nei singoli Comuni;
- Difficoltà ad inserire nelle medicine di gruppo integrate la figura dello specialista; la concentrazione dei punti di erogazione è attualmente necessaria all'Azienda per ottimizzarne l'attività, in attesa di una riorganizzazione.

Le azioni di sistema che l'Azienda intende intraprendere nel 2014 per la riorganizzazione della Medicina Generale si sintetizzano nello sforzo di estendere al territorio, partendo dalla situazione attuale, il modello della medicina di gruppo integrata o, in via transitoria le forme di associazionismo previste dalla Regione. Con la necessaria disponibilità dei singoli medici a condividere lo sforzo organizzativo, l'Azienda vuole arrivare, entro il 2015, alla costituzione di una "matrice associazionistica" che copra tutto il territorio aziendale

Le azioni sono le seguenti:

- Istituzione di un tavolo di lavoro che comprenda l'Azienda, i Medici di Medicina Generale, gli Enti Locali ed altri Stakeholder per concertare le azioni necessarie per la promozione del nuovo modello di assistenza primaria nel territorio;





# Allegato<sup>A</sup> alla dgr

## n. del

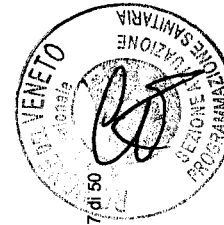
garantito, si punta a realizzare il seguente quadro, allo scopo di dare comunque una copertura a tutto il territorio aziendale da parte delle forme associative che, a fine anno, dovrebbe essere così rappresentata:

SVILUPPO 2014			
tipologia associazionismo	numero associazioni	numero MAP per associazione	numero assistiti per associazione
associazione	11	38	50827
medicina gruppo	14	51	72074
medicina gruppo Integrata	5	33	43305
rete	10	48	63292
singolo		43	44505
<b>Totale complessivo</b>	<b>40</b>	<b>213</b>	<b>274003</b>

Nel 2015, l'obiettivo da raggiungere ferma restando la sostenibilità economica dell'operazione e le disposizioni regionali, è esplicitato nella tabella seguente.

SVILUPPO 2015			
tipologia associazionismo	numero associazioni	numero MAP per associazione	numero assistiti per associazione
associazione	6	22	29125
medicina gruppo	11	42	58792
medicina gruppo integrata	9	81	107893
medicina gruppo integrata interdip.	2	6	9160
rete	7	31	42598
singolo		31	26435
<b>Totale complessivo</b>	<b>35</b>	<b>213</b>	<b>274003</b>

I grafici sottostanti rappresentano lo sviluppo nel biennio dell'associazionismo medico.



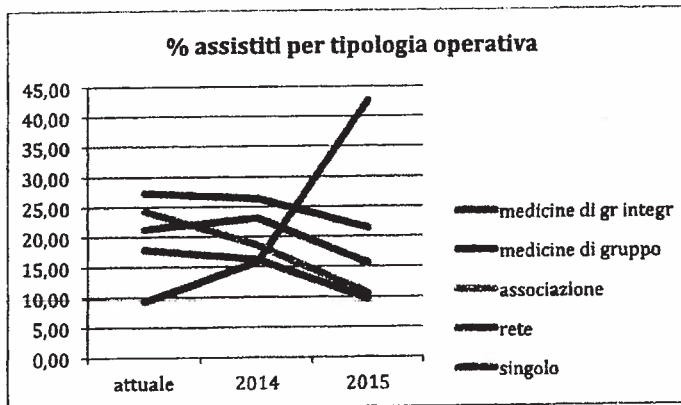
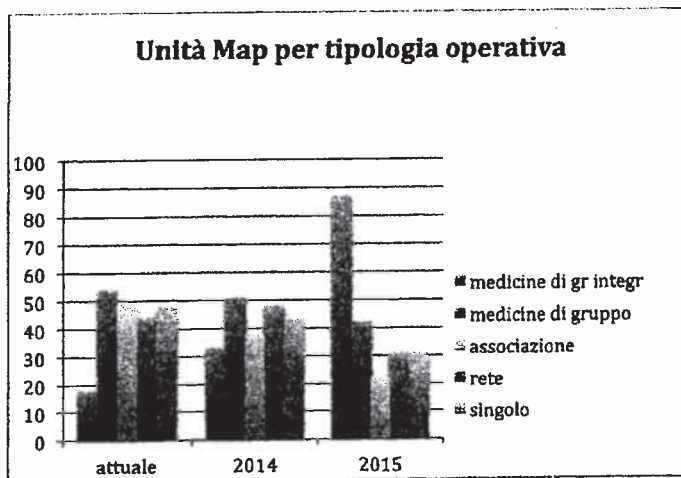
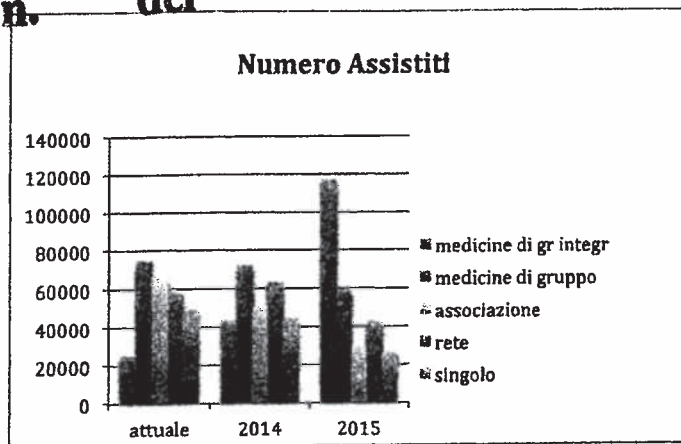
Regione del Veneto - A.C.O. Giunta Regionale n. prot. 140520 data 02/04/2014, pagina 17 di 50



# Allegato A alla dgr



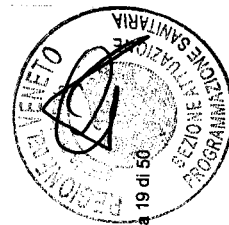
n. del



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n.prot. 140520 data 02/04/2014, pagina 18 di 50



# Allegato<sup>A</sup> alla dgr



Regione del Veneto-A.O.O Giunta Regionale n. prot. 140520 data 02/04/2014, pagina 19 di 50

## n. del

Si prevede che il processo di riorganizzazione della Medicina Generale pianificato sulla base delle disponibilità fino ad ora espresse dai Medici di Medicina Generale possa avere un ulteriore sviluppo per l'adesione di altri Medici. In tal senso, alla fine del 2015, dovrebbe essere marginale il numero di medici non inseriti in forme associative.

### Le strutture residenziali

Il territorio dell'Azienda U.L.S.S. n. 6" Vicenza" è caratterizzato da una ricca offerta di posti letto per anziani non autosufficienti e autosufficienti. Sulla base delle previsioni della D.G.R. 190/2011 è in corso il processo per la trasformazione graduale di posti letto per autosufficienti in posti letto per autosufficienti, e riequilibrando la dotazione di posti letto di 1° e 2° livello.

Al termine di tali riconversioni i posti letto saranno **2574 (e non 2520 come affermato nelle schede di dotazione ospedaliera, che descrivono una fase transitoria al 31/12/2012 di realizzazione della D.G.R. 190/2011)** di cui 1607 posti letto per anziani non autosufficienti di 1° livello di intensità assistenziale, 400 posti letto per anziani non autosufficienti di 2° livello di intensità assistenziale, 10 posti letto per pazienti in condizione di stato vegetativo permanente, 125 posti letto per religiosi non autosufficienti, 405 autorizzati ad accogliere persone anziane autosufficienti.

Sono inoltre operativi 4 centri diurni socio sanitari per persone anziane non autosufficienti per una dotazione complessiva di n. 93 posti.

Ulteriormente la recente D.G.R. N° 2243 del 3 dicembre 2013 prevede l'ulteriore possibilità di aumentare la dotazione di posti letto per non autosufficienti di 75 posti letto sempre per riconversione della dotazione di posti letto per autosufficienti. Tale ampliamento sarà effettuato in stretta collaborazione con la Conferenza dei Sindaci nel corso del 2014 con particolare attenzione al riequilibrio dell'offerta di posti letto di 2° livello per dare risposta in particolare alle persone con profili di non autosufficienza 16 e 17, fortemente rappresentate nella graduatoria unica di accesso e che presentano tempi di attesa molto prolungati.

	D.G.R. n° 190/11	D.G.R. n° 2243/13
PL na 1 livello	1607	1682
PL na 2 livello	400	400
PL na per religiosi	125	125
PL autosufficienti	405	330
Centri Diurni per na	93	93
SVP	10	10
Totale	2640	2640

La trasformazione nel 2015 degli attuali NAISS in URT descritta più avanti, determinerà inoltre la mobilitazione di 62 IR di secondo livello attualmente allocate in questa unità di offerta, riportandole all'interno dell'offerta complessiva di residenzialità di 2 livello per le persone anziane non autosufficienti.

### Le strutture intermedie.

Relativamente all'allocazione delle strutture intermedie questa Azienda intende valorizzare le aree di riconversione ospedaliera. In tal senso il Centro Polifunzionale di Sandrigo (in cui è presente già un nucleo NAISS di 30 pl), l'Area Ospedaliera di Noventa Vicentina in cui è ubicato il Centro di Servizio Ca' Arnaldi e, nel Comune di Vicenza, l'Ipab di Vicenza, vista la sua vicinanza all'Ospedale (sede di un altro nucleo NAISS di 32 pl, di un nucleo di SVP da 10 pl e su cui era già fatta richiesta alla Regione di istituire un Ospedale di comunità di 15 pl), diventano le sedi dove si realizzeranno le strutture intermedie ad eccezione dell'Hospice che, pur essendo territoriale, si trova inserito nell'area ospedaliera di Vicenza e per il quale si sta procedendo ad una riorganizzazione che porterà l'Ulss a gestirlo direttamente.



# Allegato <sup>A</sup> alla dgr

## n. del

### Hospice

Dal 2008 sono operativi 7 posti letto di hospice extraospedaliero che operano in stretta connessione con le U.O. di terapia palliativa territoriale e con le U.O. di Cure primarie territoriali.

Nel corso del 2013 l'Hospice ha accolto n. 139 pazienti per un numero complessivo di 2297 gg di presenza, con un tasso di occupazione del 88,6%, un indice di rotazione di 22,4 pazienti per posto letto e con una degenza media 16,3 giorni.

Per il biennio 2014-15 non si prevede di aumentare complessivamente i numeri di pl di Hospice (si prevede un potenziamento nel 2016 di 4 pl).

### Naiss → Urt

Dal 2003 l'azienda ha attivato un primo nucleo di 30 posti letto NAISS (Nuclei ad Alta Intensità Socio Sanitaria) presso l'ex ospedale di Sandrigo in applicazione della D.G.R. 1797/2003: "Misure per garantire la continuità assistenziale tra il sistema delle cure ospedaliere e il sistema delle cure distrettuali.

Rifinalizzazione delle RSA da riconversione ospedaliera in esercizio e attivazione di ulteriori sedi".

Successivamente nel 2007 è stato attivato un secondo nucleo di 32 posti letto presso l'I.P.A.B. di Vicenza.

Attualmente i Nuclei NAISS sono destinati al recupero dell'autonomia funzionale e motoria e alla stabilizzazione clinica di persone anziane che al momento di dimissione ospedaliera presentano una compromissione delle autonomie e dei bisogni sanitari importanti rispetto al periodo antecedente al ricovero ospedaliero. Contemporaneamente, tali ricoveri permettono alla famiglia di organizzare un contesto domiciliare idoneo a riaccogliere ed assistere adeguatamente il congiunto una volta dimesso.

Nel corso dell'anno 2013 queste unità di offerta hanno effettuato 579 nuovi ingressi di cui 295 casi presso il NAISS di Sandrigo e 284 casi presso il NAISS dell'IPAB di Vicenza. Complessivamente il tasso di occupazione è stato del 97%, un indice di rotazione 9,33 pazienti per posto letto, una degenza media 37,92. Questa Unità di offerta socio sanitaria si prevede possa essere nel 2015 riconvertita gradualmente nelle costituente Unità riabilitative territoriali (URT), così come previste nel nuovo Piano Socio Sanitario e dalla D.G.R. 2718 del 24/12/2012 e dalla D.G.R. 2621 del 18/12/2012. Nel 2015 si prevede inoltre l'istituzione di 15 posti di URT presso il Centro di Servizio Ca' Arnaldi di Noventa Vicentina.

### Ospedale di Comunità

Le schede di dotazione ospedaliera adottate con D.G.R. 2122 del 19/11/2013 prevedono per l'U.L.S.S. di Vicenza la possibilità di attivare 20 posti letto di Ospedale di Comunità presso la RSA di riconversione ospedaliera di Sandrigo.

Come si evince dalla tabella sottostante, si intendono attivare entro il 2014 venti posti letto di ospedale di comunità presso il Centro di Servizi Diodata Bertolo. Nel 2015 ulteriori 15 posti letto verrebbero attivati presso l'IPAB di Vicenza mentre nel 2016 ulteriori 15 potrebbero trovare realizzazione presso la summenzionata Ca' Arnaldi.

In sintesi, la proposta di allocazione dei posti letto, basata su una popolazione di 159.792 (popolazione > 42 anni) per strutture intermedie sarebbe così articolata:





# Allegato <sup>A</sup> alla dgr n. del

13

PROGRAMMAZIONE PER il 2015:

ATTIVITÀ	150	150	150
PROGETTUALITÀ	150	150	150
ATTIVITÀ	150	150	150
PROGETTUALITÀ	150	150	150
ATTIVITÀ	150	150	150
PROGETTUALITÀ	150	150	150
ATTIVITÀ	150	150	150
PROGETTUALITÀ	150	150	150
ATTIVITÀ	150	150	150

PROIEZIONI

Attività	150
Progettualità	150
Attività	150
Progettualità	150

**STIPULAZIONI**

1) Nel riquadro accanto sono riportati i valori della DOG 2122/2013

2) Nella zona grigia sono riportati i dati dei posti attivati al fine della DOG 2122/2013. I dati non grigi possono essere soggetti ad un'ulteriore modifica in corso di attuazione.

3) Nella zona verde sono riportati i dati delle strutture, rilevando il valore del post da attivare nella colonna dell'anno in cui è prevista l'attivazione.

4) Le proiezioni in DOG 2122

5) I dati in grigio sono relativi al dato della presente rilevazione (Proiezioni, OOC, URT)

\*\* Utilizzare le equazioni presentate al fine della presente rilevazione (Proiezioni, OOC, URT)

\*\*\* Considerare solo per gli URT (fattore di SIDA, RSA, residenziali, ...)

150934

PROIEZIONI	PROIEZIONI	PROIEZIONI	PROIEZIONI	PROIEZIONI
ATTIVITÀ	PROGETTUALITÀ	ATTIVITÀ	PROGETTUALITÀ	ATTIVITÀ
1	2	3	4	5
Attività	Progettualità	Attività	Progettualità	Attività
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150

nel 2015 verranno trasferiti in URT le attività RSA con redistribuzione dei capifili di finanziamento (le sole cose sanitarie secondo d.d.g)

--- I SAIPA non sono mai stati attivati



PROIEZIONI	PROIEZIONI	PROIEZIONI	PROIEZIONI	PROIEZIONI
ATTIVITÀ	PROGETTUALITÀ	ATTIVITÀ	PROGETTUALITÀ	ATTIVITÀ
1	2	3	4	5
Attività	Progettualità	Attività	Progettualità	Attività
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150
150	150	150	150	150

nel 2015 verranno trasferiti in URT le attività RSA con redistribuzione dei capifili di finanziamento (le sole cose sanitarie secondo d.d.g)

--- I SAIPA non sono mai stati attivati

n. del

REGIONE VENETO - AZIENDA ULSS N. 6 VICENZA - SCHEMA RIPRODUTTIVO PIANO ATTUATIVO DRGV 212/2013 SERVIZI OSPEDALIERI DI VICENZA E NOVENTA

Settore operativo	SITUAZIONE TOTALE			S. S. R. V. n. 31202013			DIFFERENZA TRA ATTUALE E DRGV	ATTIVITA' USU PREZIO DI VICENZA	ATTIVITA' USU PREZIO DI NOVENTA
	VICENZA	NOVENTA	TOTALI AZIENDA	VICENZA	NOVENTA	TOTALI AZIENDA			
<b>Cardiologia</b>	31	1	32	31	1	32	-1	Con attività di Emergenza interventistica. Centro di riferimento (CIR)	
<b>Cardiologia Generale</b>	2	1	3	2	1	3	0		
<b>Cardiologia Interventistica</b>	27	1	28	29	1	30	+2		
<b>Cardiologia Pediatrica</b>	15	1	16	15	1	16	0		
<b>Cardiologia Precoce</b>	60	1	61	60	1	61	0		
<b>Cardiologia Precoce per Ricovero a alta Mariposa</b>	0	1	1	15	1	16	+15		
<b>Cardiologia Precoce</b>	18	1	19	20	1	21	+2		
<b>Cardiologia Precoce</b>	60	1	61	60	1	61	0		
<b>Cardiologia Precoce</b>	18	1	19	20	1	21	+2		
<b>Cardiologia Precoce</b>	25	1	26	22	1	23	-3	Unità letto di 2° livello. Attività garantita anche per le Aziende ULSS 3, 4 e 5.	
<b>Cardiologia Precoce</b>	10	1	11	10	1	11	0	Unità letto di 2° livello. Attività garantita anche per le Aziende ULSS 3, 4 e 5.	
<b>Cardiologia Precoce</b>	24	1	25	22	1	23	-2	Unità letto di 2° livello. Attività garantita anche per le Aziende ULSS 3, 4 e 5.	
<b>Cardiologia Precoce</b>	20	0	20	22	0	22	+2	Unità letto di 2° livello. Attività garantita anche per le Aziende ULSS 3, 4 e 5.	
<b>Cardiologia Precoce</b>	2	1	3	8	1	9	+6	Struttura di riferimento provinciale	
<b>Cardiologia Precoce</b>	17	1	18	20	1	21	+3	Struttura di riferimento provinciale	
<b>Chirurgia Generale</b>	49	1	50	47	1	48	-2	Con attività di trapianto di rene	Attività in regime di Work Surgery Multidisciplinare
<b>Chirurgia Malattie Infettive</b>	12	1	13	12	1	13	0	Struttura di riferimento provinciale	
<b>Chirurgia Pediatrica</b>	18	1	19	18	1	19	0	Struttura di riferimento provinciale	
<b>Chirurgia Vascolare</b>	13	1	14	15	1	16	+2		
<b>Day Surgery Multidisciplinare</b>	0	0	0	0	12	12	+12		Attività in regime di lavoro multidisciplinare
<b>Neurochirurgia</b>	40	2	42	33	2	35	-7	Unità letto di 2° livello. Attività garantita anche per le Aziende ULSS 3, 4 e 5.	
<b>Neurochirurgia</b>	18	1	19	6	1	7	-12	Unità letto di 2° livello. Attività garantita anche per le Aziende ULSS 3, 4 e 5.	
<b>Neurochirurgia</b>	64	1	65	64	1	65	0		
<b>Neurochirurgia</b>	13	1	14	13	1	14	0		
<b>Neurochirurgia</b>	23	1	24	22	1	23	-1		
<b>Neurochirurgia</b>	14	1	15	14	1	15	0	Struttura di riferimento Regionale per l'Unità Neurochirurgica e DMH del Tevere Neurosci.	
<b>Neurochirurgia</b>	70	1	71	70	1	71	0		
<b>Neurochirurgia</b>	18	0	18	12	0	12	-6		
<b>Neurochirurgia</b>	28	1	29	18	1	19	-10		
<b>Neurochirurgia</b>	0	2	2	1	0	1	-1		
<b>Neurochirurgia</b>	26	4	30	22	2	24	-6		USO
<b>Neurochirurgia</b>	0	0	0	10	0	10	+10		
<b>Neurochirurgia</b>	0	0	0	4	0	4	+4		
<b>Neurochirurgia</b>	0	0	0	0	0	0	0		USO
<b>Neurochirurgia</b>	1	0	1	1	1	2	+1	Con posti letto letto di USU	Con posti letto letto di USU
<b>Neurochirurgia</b>	1	0	1	1	0	1	0	Struttura di riferimento provinciale	Attività garantita in ambulatorio
<b>Neurochirurgia</b>	1	0	1	1	0	1	0	USU. Pratica ospedaliera. Con US Professionista. Attività garantita anche per l'ospedale di Marostica.	USO
<b>Neurochirurgia</b>	1	0	1	1	0	1	0		Attività garantita in ambulatorio
<b>Neurochirurgia</b>	1	0	1	1	0	1	0		Attività garantita in ambulatorio
<b>Neurochirurgia</b>	1	0	1	1	0	1	0	DMH. Svolge lezioni di coordinamento anche per le Aziende ULSS 3, 4 e 5.	
<b>Neurochirurgia</b>	1	0	1	1	0	1	0	Attività garantita in ambulatorio	
<b>Neurochirurgia</b>	1	0	1	1	0	1	0	USO	
<b>Neurochirurgia</b>	1	0	1	1	0	1	0		
<b>Neurochirurgia</b>	0	1	1	12	1	13	+12		
<b>Neurochirurgia</b>	30	0	30	18	0	18	-12		
<b>Neurochirurgia</b>	0	0	0	25	0	25	+25		



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 140520 data 02/04/2014, pagina 22 di 58





n.

del

REGIONE VENETO - AZIENDA ULSS N. 5 VICENZA - SCHEMA PIANO ATTUATIVO SERV 2122/2015 PREZIOSE OPERAZIONI DI VICENZA

Table with multiple columns containing project details, dates, and descriptions for various medical and surgical interventions.



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 140520 data 02/04/2014, pagina





REGIONE VENETO - AZIENDA USL N. 8 VICENZA - SCHERMA PIANO ATTUATIVO DGRV 2122/2013 PRESSO OSPEDALIERO DI ROVERETA

codice	funzione	attività	post letto	applicabilità provvisoria	USD previste	data distribuzione	codice	funzione	attività	post letto	applicabilità provvisoria	USD previste	data ripartizione e attivazione	tipologia interventi o prestazioni
<b>AREA MEDICA</b>														
<b>Medicina Generale</b>														
20	Medicina Generale		48	1			Medicina Generale			48	1			
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>														
<b>AREA CHIRURGICA</b>														
<b>Chirurgia Generale</b>														
0	Chirurgia Generale		34	1		31/12/2014	Chirurgia Generale			34	1		31/12/2014	PL
<b>Day Surgery Multispecialistico</b>														
00	Day Surgery Multispecialistico		0	0			Day Surgery Multispecialistico			0	0			PL
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>														
<b>AREA MATERNO INFANTILE</b>														
<b>Ginecologia e Ostetricia</b>														
37	Ostetricia e Ginecologia		27	1		30/04/2014	Ostetricia e Ginecologia			27	1			AP + PL
<b>TOTALE AREA MATERNO INFANTILE</b>														
<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>														
<b>Posti letto di Terapia Intensiva</b>														
40	Posti letto di Terapia Intensiva		4	0		30/09/2014	Posti letto di Terapia Intensiva			4	0			USD + PL
<b>TOTALE AREA TERAPIA INTENSIVA</b>														
<b>SERVIZIO DI DIAGNOSI E CURA</b>														
<b>Accettazione e pronto soccorso</b>														
01	Accettazione e pronto soccorso		0	0			Accettazione e pronto soccorso			0	0			AP
<b>Prevenzione e medicina preventiva</b>														
02	Prevenzione e medicina preventiva		0	0			Prevenzione e medicina preventiva			0	0			
<b>Diagnosi medica</b>														
04	Diagnosi medica		0	0			Diagnosi medica			0	0		USD	31/12/2014
<b>Farmacia</b>														
06	Farmacia		0	0			Farmacia			0	0			USD
<b>Laboratorio analisi</b>														
08	Laboratorio analisi		0	0			Laboratorio analisi			0	0		USD	31/12/2014
<b>Fisioterapia</b>														
09	Fisioterapia		0	0			Fisioterapia			0	0			USD
<b>TOTALE AREA SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>														
<b>AREA ASSISTENZIALE</b>														
<b>Prevenzione e Riabilitazione Funzionale</b>														
50	Prevenzione e Riabilitazione Funzionale		11	0			Prevenzione e Riabilitazione Funzionale			11	0			PL
<b>Lungodegenza</b>														
60	Lungodegenza		0	0			Lungodegenza			0	0			PL
<b>TOTALE AREA S.O. MALATI ITALIANI</b>														
<b>TOTALE AREA S.O. MALATI STRANIERI</b>														
<b>TOTALE GENERALE 2014</b>														



Allegato <sup>A</sup> alla dgr  
n. del

Allegato<sup>A</sup> alla dgr

n. del



**REGIONE VENETO - AZIENDA ULSS N. 6 VICENZA - PIANO ATTUATIVO DGRV 2122/2013  
PRESIDIO OSPEDALIERO DI VICENZA POSTI LETTO EXTRAREGIONE**

Attivazione DGR 2122/2013 posti letto extraregione			
codice	funzione	posti letto	data attivazione
<b>AREA MEDICA</b>			
8	Cardiologia	1	30/06/2014
26	Medicina Generale	2	30/06/2014
40	Psichiatria	1	31/03/2014
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>		<b>4</b>	<b>30/06/2014</b>
<b>AREA CHIRURGICA</b>			
7	Cardiochirurgia	1	30/06/2014
9	Chirurgia Generale	2	30/06/2014
10	Chirurgia Maxillofacciale	2	30/06/2014
12	Chirurgia Plastica	1	30/06/2014
30	Neurochirurgia	2	30/06/2014
36	Ortopedia e traumatologia	1	30/06/2014
38	Otorinolaringoiatria	1	30/06/2014
43	Urologia	1	30/06/2014
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>		<b>11</b>	
<b>AREA MATERNO INFANTILE</b>			
11	Chirurgia Pediatrica	1	30/06/2014
37	Ostetricia e Ginecologia	3	30/06/2014
39	Pediatria	1	30/06/2014
<b>TOTALE AREA MATERNO INFANTILE</b>		<b>5</b>	
<b>TOTALE GENERALE AZIENDA</b>		<b>20</b>	

Regione del Veneto - A.O. Giunta Regionale n. prot. 140520 data 02/04/2014, pagina 26 di 50









**Allegato<sup>A</sup> alla dgr**

**n. del**



**Ulss n. 6 Vicenza**  
**Piano Attuativo Aziendale**  
***D.G.R. n° 2122 del 2013***



Il presente Piano Attuativo risponde a quanto richiesto dalla D.G.R. n° 2122 del 2013 ed è finalizzato ad evidenziare gli obiettivi e le azioni da porre in essere, per il biennio 2014-15, per l'adeguamento della dotazione assistenziale, nel rispetto del principio dell'equilibrio di bilancio. Nello specifico esso prevede l'adeguamento della dotazione ospedaliera, ivi compresa quella degli erogatori ospedalieri privati accreditati, e territoriale, coerentemente con quanto di disposto dalla delibera summenzionata.

Il presente piano punta alla realizzazione di azioni che si focalizzano su un "investimento sul Territorio e, di conseguenza, l'attribuzione di un ruolo rinnovato al Distretto sociosanitario sono finalizzati a rendere il Sistema più vicino al paziente, evitandogli inutili spostamenti, assicurandogli una risposta certa, adeguata alla tipologia di bisogno, continuativa e coordinata, competente e responsabile. Per questo il nuovo quadro programmatico ha introdotto il concetto di filiera dell'assistenza, rappresentando come le varie strutture territoriali debbano concorrere con gradualità all'erogazione dell'assistenza, tutelando ciascuna fase del percorso di presa in carico. Tramite la filiera dell'assistenza si intende, infatti, garantire un sistema di cure gradualmente attraverso alcuni nodi fondamentali della rete territoriale rappresentati dai servizi distrettuali, dalle forme associative della medicina convenzionata con particolare riferimento alla diffusione delle Medicine di Gruppo Integrate, dalle cure domiciliari caratterizzate da un modello di assistenza h24, 7giorni su 7, dalle cure palliative incentrate su un nucleo multiprofessionale specificatamente dedicato, dalle strutture di ricovero intermedie e dalle strutture residenziali.

Più in dettaglio sono obiettivi strategici:

- il potenziamento dell'assistenza domiciliare, quale aspirazione e diritto delle persone e dei familiari, che risponde all'obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;
- il rafforzamento della rete delle cure palliative, ambito in cui l'attenzione alla prossimità al decesso assume di per sé un valore etico, in cui la multiprofessionalità diventa una risorsa per la dignità della persona;
- la rimodulazione dell'assistenza residenziale sviluppando una flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali, considerando le strutture residenziali come parti integranti del Sistema, specie nel gravoso ambito della non autosufficienza;
- lo sviluppo di strutture di ricovero intermedie necessarie per garantire un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio senza soluzione di continuità. L'obiettivo è di evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, un precoce o improprio ricorso all'istituzionalizzazione, in particolare della persona anziana, favorendo il rientro al domicilio: un rientro che dovrà essere guidato, supportato, tutelato." (da D.G.R. n° 2122/13)

## Ambito territoriale

Questo piano si coniuga con quanto già definito nel 2013 nel piano attuativo locale per le cure primarie. Esso tuttavia rappresenta una sintesi di elementi di programmazione e di azioni più vaste, che tiene conto sia dell'Atto aziendale definito con D.G.R. n° 2271/13 ed inviato nei tempi previsti in regione a gennaio 2014 per il visto di congruità, sia del Piano di zona, in particolare per quanto riguarda la sezione relativa alla residenzialità extraospedaliera per adulti anziani non autosufficienti.

Diventa pertanto un piano integrato che ben si coniuga con la filosofia regionale che si incentra, per quanto riguarda le azioni nel concetto di filiera, di PDTA e di audit sulla valutazione dei risultati.

Questa modalità organizzativa integrata che parte dalla costruzione di un unico, nuovo distretto, vede pertanto la convergenza di fattori che dovrebbero favorire complessivamente le potenzialità ergative del territorio. Infatti, se da una parte il potenziamento delle cure primarie faciliterà la fuoriuscita dall'ospedale per acuti della persona dimissibile, dall'altra, grazie allo sviluppo delle cure intermedie, offrirà la possibilità di trovare una sorta di "arrivo morbido", guidato, del paziente nel proprio domicilio.

Nella logica di rete, il domicilio del paziente rimane il fulcro attorno al quale si sviluppano le azioni per gestire da parte dei diversi punti erogativi i problemi sanitari e sociosanitari del cittadino. Rimane priorità peculiare del territorio la gestione della cronicità e della fase di fine vita (cure palliative), in una logica di utilizzo sobrio, appropriato, equo e trasparente delle risorse.



## Riferimenti normativi

### Generali

1. L.R. n. 23 del 29 giugno 2012 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio sanitario regionale 2012-2016”.
2. D.G.R. n° 2271 del 10.12.2013: ““Organizzazione delle aziende UU.LL.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l’organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l’organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e LR 29.06.2012 n. 23”;
3. D.G.R. n° 2122 del 19.11.2013: “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”

### Medicina generale

4. D.G.R. n° 41 del 18 gennaio 2011: “Attuazione degli AACNN Medicina Convenzionata 2009/2010. Indirizzi”;
5. D.G.R. n° 1666 del 18 ottobre 2011: “Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l’attuazione della D.G.R. n° 41 del 18.1.2011”;
6. D.G.R. n° 2258 del 20/12/2011: “Informatizzazione dell’Assistenza territoriale: Medicina Generale. DD.G.R. n° 3494 del 2009, n. 41 e n. 1666 del 2011”;
7. D.G.R. n° 2338 del 29/12/2011: “Assistenza territoriale tramite le cure primarie. Linee di indirizzo e operative per l’attuazione della D.G.R. n° 41 del 18.1.2011 –specialistica ambulatoriale interna”;
8. D.G.R. n° 1510 del 31/07/2012: “Medicina generale. Modalità di attuazione D.G.R. n° 1666 del 2011”;
9. D.G.R. n° 1666 del 07/08/2012: “Progetto per lo sviluppo della assistenza primaria approvato con D.G.R. n° 41 e n. 1666 del 2011. Impegno di spesa”;
10. D.G.R. n° 1753 del 3/10/ 2013: “Informatizzazione dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta. Recepimento ed applicazione delle disposizioni della D.G.R. n°953/2013: definizione degli standard e delle modalità erogative”;
11. D.G.R. n° 953 del 18 giugno 2013: “Progetto assistenza primaria: approvazione Verbale d’Intesa sottoscritto in data 31 maggio 2013 dalla Regione Veneto - Assessore alla Sanità e dalle OOSS della medicina convenzionata”;
12. D.G.R. n° 127 CR del 3 ottobre 2013: “Attuazione della Legge regionale 29 giugno 2012, n.23 “Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016” e s.m.i. Sviluppo delle Cure Primarie attraverso la diffusione del modello di Medicina di Gruppo Integrata, in attuazione delle DD.G.R. n°41/2011, n.1666/2011 e n.1510/2012. Definizione del contratto di esercizio tipo per le Medicine di Gruppo Integrate. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 2, comma 3, l.r. n.23/2012”.

### Servizi residenziali e semiresidenziali:

13. D.G.R. n° 751 del 10 marzo 2000 “Assistenza residenziale ospedaliera intensiva ed estensiva- L.R. n. 5/96 (art 13 co 3- art.17) PSSR 1996-1998”
14. D.G.R. n° 2209 del 3 agosto 2001 “Riconoscimento delle sezioni di assistenza per pazienti in stato vegetativo permanente, ai sensi della D.G.R. n°. 702/2001”
15. D.G.R. n° 3072 del 16 novembre 2001 “Centro diurno socio sanitario per anziani: linee guida per il funzionamento”
16. D.G.R. n° 3856 del 3 dicembre 2004 . L.R. n. 5 del 3 febbraio 1996, art 13. Erogazione prestazioni sanitarie: “Approvazione schema tipo di convenzione tra Aziende U.L.S.S. e Centri di Servizio”





17. D.G.R. n° 38 del 17 gennaio 2006 "Criteri di accesso ai servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti"
18. D.G.R. n° 394 del 20 febbraio 2007 "Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti: Art. 34 comma 1, LR 1 dl 30 gennaio 2004 e art. 4 della LR 2/2006."
19. D.G.R. n° 457 del 27 febbraio 2007 "Disposizioni alle Aziende U.L.S.S. per l'assistenza di persone non autosufficienti nei Centri di Servizio residenziali e per la predisposizione del Piano Locale della non autosufficienza. - D.G.R. n° 464/06 e D.G.R. n° 394 del 20 febbraio 2007".
20. Decreto dirigente regionale per i servizi sociali n° 244 del 3 luglio 2007 "indirizzi operativi della D.G.R. n° 457/07.
21. D.G.R. n° 4200 del 18 dicembre 2007 "Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n° 457/2007 " Assistenza alle persone anziane non autosufficienti"
22. D.G.R. 471 del 24 febbraio 2009 " D.G.R. 394 del 20/2/2007- Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti: Art. 34 comma 1, LR 1 dl 30 gennaio 2004 e art. 4 della LR 2/2006- Paragrafo 3.2 e paragrafo 7"
23. D.G.R. n° 190 del 22 febbraio 2011 "DGR n° 394 del 20 febbraio 2007 "Indirizzi ed interventi per l'assistenza alle persone non autosufficienti". Approvazione del provvedimento n. 115/CR del 14.10.2010
24. D.G.R. n° 2243 del 3 dicembre 2013 "Aggiornamento programmazione residenzialità per anziani non autosufficienti (DGR n° 33/CR del 15.10.2013).

### Normativa regionale relativa alle strutture intermedie

25. D.G.R. n° 1729 de 6 giugno 2003 " Misure per garantir la continuità assistenziale tra il sistema delle cure ospedaliere e il sistema delle cure distrettuali. Rifinalizzazione delle RSA da riconversione ospedaliera in esercizio e attivazione di nuove sedi"
26. L.R. n° 23 del 29 giugno 2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio sanitario regionale 2012-2016".
27. D.G.R. 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. 16 agosto 2002 n. 22"
28. D.G.R. n° 2621 del 18 dicembre 2012 "L. 7 agosto 2012, n. 135 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n° 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini" (c.d. spending review): ulteriori determinazioni per l'anno 2012 e seguenti".

### Hospice

29. D.G.R. n° 751 del 10 marzo 2000. "Assistenza residenziale ospedaliera intensiva ed estensiva- L.R. n. 5/96 (art 13 co 3- art.17) PSSR 1996-1998";
30. D.G.R. n° 2989 del 22 settembre 2000" adempimenti regionali ex Art. 1 del Decreto legge 28/12/1948 " linee di indirizzo per l'assistenza al malato Neoplastico grave e in condizioni di terminalità e per lo sviluppo delle cure palliative";
31. D.G.R. n° 2686/06 - obiettivi dei Direttori Generali;
32. Decreto del Ministero della Salute n° 43 del 22 febbraio 2007 "Definizione degli standard relativi all'assistenza ai malati terminali in trattamento palliativo, in attuazione dell'art. 1 comma 169 della L. 30 dicembre 2004 n° 311";
33. Delibera ULLS 6 n° 499 del 15/12/2007 "Concezione con l'IPAB di Vicenza per la gestione dell'Hospice extraospedaliero dell'Ulss";
34. D.G.R. n° 2851 DEL 28/12/2012 Flusso informativo regionale Hospice e modifica della scheda per la valutazione di accessibilità all'Hospice.



## La programmazione del biennio 2014-15

Il 2014 è un anno cruciale nel quale convergono numerose azioni tra di loro integrate che coinvolgono lo sviluppo delle strutture portanti del territorio previste dalla normativa vigente: il distretto socio sanitario, le strutture intermedie, la medicina generale e la residenzialità per adulti anziani non autosufficienti.

### Obiettivi e azioni

Ferma restando la disponibilità finanziaria e le indicazioni regionali, per il 2014 si pianificano le seguenti azioni:

#### Distretto

Relativamente all'organizzazione distrettuale, si rimanda alla proposta di Atto Aziendale – deliberazione aziendale n. 52 del 29 gennaio 2014 - inviata a fine gennaio 2014 in Regione Veneto in ossequio alla D.G.R.n° 2271/13: "Organizzazione delle aziende UU.LL.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articolo 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.lgs. 502/1992 e s.m.i. e LR 29.06.2012 n. 23".

Occorre sottolineare che la riorganizzazione distrettuale prevista, si integra organicamente al network che si sta delineando nel territorio e che vede coinvolti in primis i Medici di Medicina Generale, quindi le strutture intermedie e il sistema della residenzialità per anziani non autosufficienti.

Nell'unico distretto previsto infatti sono state istituite delle unità operative che svolgono un ruolo chiave nel funzionamento dell'assistenza sanitaria territoriale e precisamente:

#### 1. L'Unità Operativa Complessa di Continuità delle Cure.

Questa U.O.C. gestisce, in stretta connessione con l'U.O.C. Cure Primarie, U.O.C. Cure Palliative e U.O.C. Attività Specialistiche, il percorso di dimissione e di successiva presa in carico del paziente dall'ospedale, privilegiando il suo reinserimento a domicilio, anche in ADI, ma che può prevedere però il suo temporaneo trasferimento nelle strutture intermedie od anche il suo definitivo inserimento in residenzialità. Rappresenta, in particolare attraverso la Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.) la porta di accesso per l'attivazione delle cure garantite a livello territoriale per i pazienti provenienti da strutture ospedaliere.

In particolare, deve gestire in modo flessibile il paziente complesso e fragile nella settimana seguente alla dimissione che è particolarmente critica per la modifica del setting assistenziale e che richiede alla Famiglia, al Medico di Medicina Generale, al Distretto e all'Ospedale uno sforzo comune per una presa in carico efficace.

Fanno capo a questa U.O.C. due Unità Operative fondamentali per la gestione territoriale del paziente:

- a. U.O.S. Centrale Operativa Territoriale; che Rappresenta l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento della presa in carico dell'utente "protetto" e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale;
- b. U.O.S. delle Strutture intermedie (escluso l'Hospice) finalizzata a gestire gli ingressi e modulare le dimissioni dalle strutture.

#### 2. L'Unità Operativa Complessa di Cure Primarie

Essa nasce con l'obiettivo di garantire lo sviluppo, il coordinamento e la gestione delle Cure primarie, anche attraverso l'implementazione delle Medicine di Gruppo Integrate previste dagli specifici atti di indirizzo regionale, coinvolgendo tutte le componenti della medicina convenzionata, in maniera tale da garantire a regime la continuità assistenziale e delle cure h24, 7gg/7.

Tra l'altro, si avvale dell'Unità Operativa Semplice adulti anziani, che garantisce il coordinamento tecnico-funzionale su tutto il territorio aziendale di servizi ed interventi relativi all'area anziani e garantisce, altresì, alcune funzioni operative a valenza su tutto il territorio aziendale (gestione delle impegnative di residenzialità, delle ICD, ...).

#### 3. L'Unità Operativa Complessa di Cure Palliative

# Allegato A alla dgr

n. del



Tramite questa U.O.C., L'Azienda ULSS garantisce l'offerta di cure palliative a livello sovradistrettuale, svolgendo attività di gestione e programmazione del percorso di presa in carico, garantendo la continuità clinico-assistenziale tra l'Ospedale, le cure domiciliari e le strutture residenziali idonee (nella fattispecie Hospice e Ospedale di Comunità).

Tra le diverse competenze, a questa U.O.C. compete anche la direzione operativa dell'Hospice territoriale.

A seguito del visto di congruità Regionale si provvederà nel 2014 alla realizzazione progressiva di quanto definito nell'Atto Aziendale. Uno dei primi interventi sarà l'istituzione della UOC di Continuità delle cure e la creazione della Centrale Operativa Territoriale (COT). Parallelamente all'attivazione delle Unità Operative suaccennate, anche attraverso lo strumento di contrattazione di budget, si concorderanno i protocolli operativi tra unità operative per definire i livelli di responsabilità e per monitorare gli indicatori finalizzati alla valutazione degli esiti e i cui livelli saranno anzitutto in base alle indicazioni regionali.

## Medicina generale

Quest'area di programmazione va necessariamente ricollegata al "Piano aziendale per il potenziamento dell'assistenza primaria" definito nel 2012 come strumento di programmazione di quanto dettato dalle D.G.R. n° 41/2011 e 1666/2011 e ne costituisce la naturale evoluzione dovendosi applicare per gli anni 2014-15.

È importante in tal senso richiamare alcuni principi essenziali esplicitati in tutta la recente normativa regionale in materia. In particolare i modelli di assistenza primaria declinati nelle Medicine di Gruppo Integrate, si stanno sviluppando secondo alcuni principi già richiamati nel precedente piano Aziendale delle cure primarie:

- L'aumento delle patologie croniche e la conseguente domanda di servizi e risorse, rendono necessaria la riorganizzazione del modello assistenziale che deve puntare all'implementazione territoriale di modelli di sperimentata efficacia come il "Chronic Care Model" che possano garantire la gestione della cronicità e, più in generale la fragilità, secondo principi di appropriatezza, equità, sostenibilità e sussidiarietà;
- Il Medico di Medicina Generale è il primo riferimento per il paziente e garantisce, insieme al Distretto, gli interventi sanitari nella logica dell'appropriatezza clinica e organizzativa assumendo non solo funzione di gate-keeping, cioè di controllore del ricorso alla specialistica, ai servizi ospedalieri e ad altre prestazioni costose, ma di "organizzatore orizzontale" cui è affidata la responsabilità dell'intero percorso di cura del paziente;
- La promozione di una sanità territoriale di iniziativa che valorizzi la prevenzione, lo screening, la diagnosi precoce e la presa in carico pro-attiva del cronico già dalle prime fasi della malattia, prevenendo le complicanze e superando così il modello della medicina di attesa orientato alla cura delle complicanze delle malattie croniche;
- Il rafforzamento del concetto di filiera assistenziale, potenziando l'asse Medicina di gruppo  $\leftrightarrow$  AFT  $\leftrightarrow$  Distretto sociosanitario  $\leftrightarrow$  Ospedale, percorso lungo il quale la patologia cronica trova una risposta coerente, ma che richiede una profonda disamina sui livelli organizzativi e su quelli di responsabilità che vanno preventivamente dichiarati e condivisi. In questa logica rientrano l'implementazione dei PDTA, l'erogazione diretta di procedure diagnostiche di base direttamente dalle Medicine di Gruppo Integrate, il ricorso alla consulenza del Medico Specialista per i casi più complessi, l'integrazione dei MMG con i Medici Palliativisti distrettuali per la gestione a domicilio della terminalità oncologica e non e, non da ultimo, la valorizzazione delle Strutture Intermedie previste dalla Regione;
- L'integrazione funzionale delle Medicine di gruppo con i MCA per garantire l'assistenza con la modalità integrata, a regime, 24h 7 giorni su 7;
- La rilevazione sistematica degli esiti e la produzione di report relativi a indicatori di processo e risultato che saranno oggetto di audit nelle AFT per promuovere e diffondere le migliori pratiche e garantire una omogeneizzazione "al rialzo" degli interventi dei diversi nodi erogativi territoriali;
- Il sostegno al nucleo familiare, essenziale per il mantenimento a domicilio della persona fragile con elevati bisogni sanitari e che se non supportato adeguatamente è a rischio di logoramento e diventa generatore di ospedalizzazione e di residenzialità.



- L'integrazione necessaria con la componente sociale allo scopo di promuovere non solo una medicina ma anche una "società d'iniziativa", società che possa rifrancare la propria identità riergendola sulla solidarietà, sull'equità ed sul corretto utilizzo delle risorse.

I vantaggi attesi dall'Azienda nello sviluppo delle forme associative più evolute - così come previste dalla normativa regionale - sono tra l'altro:

- L'accessibilità, ovvero la possibilità per il paziente di trovare una risposta ai problemi di salute per tutto l'arco della giornata;
- L'equità erogativa, garanzia di accesso ai servizi per tutti gli utenti;
- L'appropriatezza clinica assicurata da percorsi di audit che consentono di definire standard erogativi;
- La sostenibilità del network creato, anche economica, monitorabile con specifici indicatori (ad esempio il tasso di ospedalizzazione, la spesa farmaceutica pro capite, le visite specialistiche, ...);
- La valutazione integrata dei bisogni sociosanitari contestualizzata con le risorse sociali presenti nelle AFT;
- L'integrazione con il Distretto quale struttura operativa di supporto clinico al medico e di valutazione e controllo della presa in carico del cittadino;

A fronte di questi principi, quest'Azienda intende programmare per il 2014 tutte quelle azioni che hanno come obiettivo quello di stimolare e di supportare lo sviluppo dell'associazionismo della medicina generale e in particolare delle Medicine di Gruppo. In tal senso si è proceduto ad un censimento complessivo dell'attuale situazione, descritto più avanti e ad un'azione di sensibilizzazione e di confronto su vasta scala, che continuerà per tutto l'anno e che vede coinvolti direttamente i Medici di medicina generale presenti nel territorio, la Direzione Generale, i Distretti, i Sindaci, le Organizzazioni Sindacali e il Terzo Settore.

Le criticità emerse in questa prima fase di attivazione si possono così riassumere:

- Difficoltà per alcuni medici di rivedere le loro attuali modalità di lavoro al fine di costruire un rapporto fattivo ed innovativo con gli altri MMG e con l'azienda Ulss, dovuta sia alla autonomia operativa che ha connotato negli anni la loro attività;
- Difficoltà di individuare nel territorio spazi adeguati per la formazione delle MGI e criticità per i costi elevati per acquisire e gestire le sedi e i fattori produttivi che non sono ristorati completamente dalle indennità previste dall'ACN; molti MMG usufruiscono di ambulatori di proprietà che in questo momento congiunturale potrebbe essere difficile dismettere;
- La rigidità della segmentazione del territorio ULSS nelle attuali AFT, talora di dimensioni limitate, e l'ulteriore vincolo degli ambiti territoriali, sono un fattore limitante per lo sviluppo delle MGI; queste ultime richiedono un coinvolgimento numerico consistente di medici per essere efficienti e sostenibili.
- Le caratteristiche geografiche del territorio, la viabilità e la densità abitativa disomogenea richiedono modalità organizzative diversificate; nelle zone collinari, ad esempio, è strategico mantenere una postazione ambulatoriale nei singoli Comuni;
- Difficoltà ad inserire nelle medicine di gruppo integrate la figura dello specialista; la concentrazione dei punti di erogazione è attualmente necessaria all'Azienda per ottimizzarne l'attività, in attesa di una riorganizzazione.

Le azioni di sistema che l'Azienda intende intraprendere **nel 2014 per** la riorganizzazione della Medicina Generale si sintetizzano nello sforzo di estendere al territorio, partendo dalla situazione attuale, il modello della medicina di gruppo integrata o, in via transitoria le forme di associazionismo previste dalla Regione. Con la necessaria disponibilità dei singoli medici a condividere lo sforzo organizzativo, l'Azienda vuole arrivare, entro il 2015, alla costituzione di una "matrice associazionistica" che copra tutto il territorio aziendale

Le azioni sono le seguenti:

- Istituzione di un tavolo di lavoro che comprenda l'Azienda, i Medici di Medicina Generale, gli Enti Locali ed altri Stakeholder per concertare le azioni necessarie per la promozione del nuovo modello di assistenza primaria nel territorio;



- Predisposizione di un "Accordo Programmatico" da condividere con le OOSS dei medici entro il 1° semestre 2014 per la definizione del Piano di sviluppo dell'Assistenza primaria, dove saranno previste le seguenti azioni:
  - o Ricalibratura delle AFT esistenti per facilitare le aggregazioni tra Medici su tutto il territorio aziendale;
  - o Ridefinizione degli ambiti territoriali (DGRV 4395/2005) al fine aggiornare le attuali AFT;
  - o Riallocazione dei fattori di produzione attualmente riconosciuti ai Medici coerentemente con quanto previsto nel Piano di sviluppo per l'assistenza primaria;
  - o Individuazione e definizione delle funzioni assegnate ai Coordinatori AFT secondo le indicazioni Regionali;
  - o Definizione degli obiettivi e degli indicatori di processo, di esito e di outcome;
  - o Definizione delle modalità di audit.
  
- Attivazione dei processi di AUDIT in almeno una AFT entro il 31/12/2014;

Il punto di partenza, ovvero la situazione ad oggi, vede nel territorio aziendale la seguente organizzazione:

Sono presenti attualmente 10 Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) così suddivise:

	DISTRETTO EST pop. 75478* n. 48 MAP			DISTRETTO OVEST pop. 51390* n. 37 MAP		DISTRETTO SUD-EST pop. 66667* n. 45 MAP		Circ. n. 1, 2 e 5	Circ. 3 e 4	Circ. 6 e 7
	NORD	OVEST	SUD	NORD	SUD	NORD	SUD			
	COMUNI	Sandrigo Bolzano  Pozzoleone  Bressanvido	Dueville  Monticello	Quinto  Torri  Camisano  Grumolo	Sovizzo-Altavilla Gambugliano	Caldogno Costabissara Isola Monteviale	Arcugnano- Castagnero- Longare  Zovencado Grisignano- Montegaldina- Montegaldella			
abitanti	21065	23346	32065	33428	27962	26785	39882	38950	39827	37107

Questa distribuzione, approvata da quest'Azienda con deliberazione n° 756 nel 7/6/2012, rimane comunque coerente con le ultime indicazioni regionali. Essa di fatto subirà alcuni ritocchi in relazione all'allocazione e alla composizione delle medicine di gruppo (con aggiornamento degli ambiti) che si stanno definendo e che partiranno entro il 2014.

L'attuale organizzazione delle forme associative dei Medici di Assistenza primaria è riassunta nella seguente tabella:

SITUAZIONE ATTUALE			
tipologia associazionismo	numero Associazioni	numero MAP per associazione	numero assistiti per associazione
associazione	14	49	66468
medicina gruppo	15	54	74859
rete	10	44	58223
singolo		48	49018
utap	4	18	25435
<b>Totale complessivo</b>	<b>43</b>	<b>213</b>	<b>274003</b>

Nel 2014, in considerazione dell'attuale censimento e delle disponibilità finora espresse dai Medici di Assistenza Primaria, compatibilmente con le risorse finanziarie a disposizione il cui equilibrio deve essere

# Allegato<sup>A</sup> alla dgr

n. del



garantito, si punta a realizzare il seguente quadro, allo scopo di dare comunque una copertura a tutto il territorio aziendale da parte delle forme associative che, a fine anno, dovrebbe essere così rappresentata:

SVILUPPO 2014			
tipologia associazionismo	numero associazioni	numero MAP per associazione	numero assistiti per associazione
associazione	11	38	50827
medicina gruppo	14	51	72074
medicina gruppo integrata	5	33	43305
rete	10	48	63292
singolo		43	44505
<b>Totale complessivo</b>	<b>40</b>	<b>213</b>	<b>274003</b>

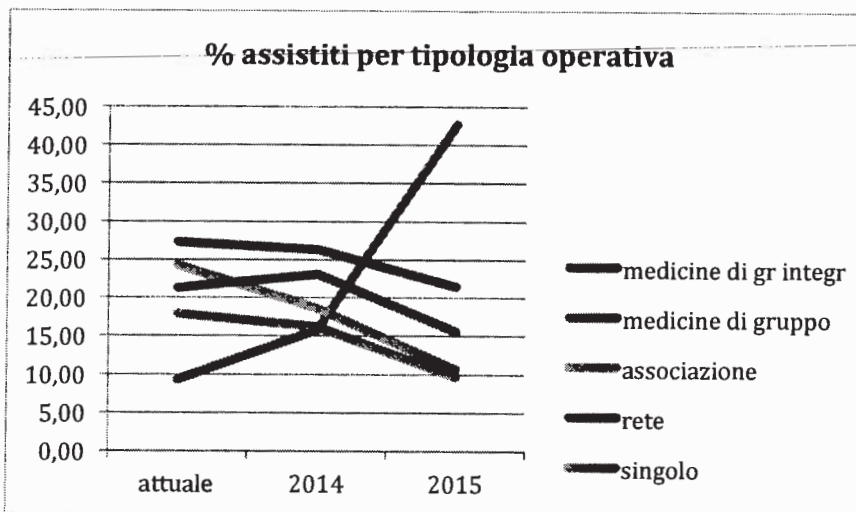
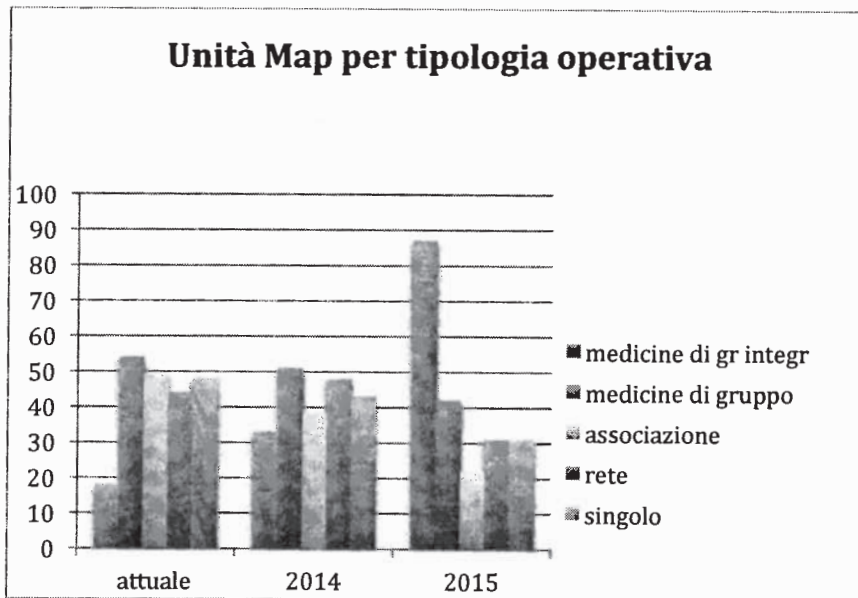
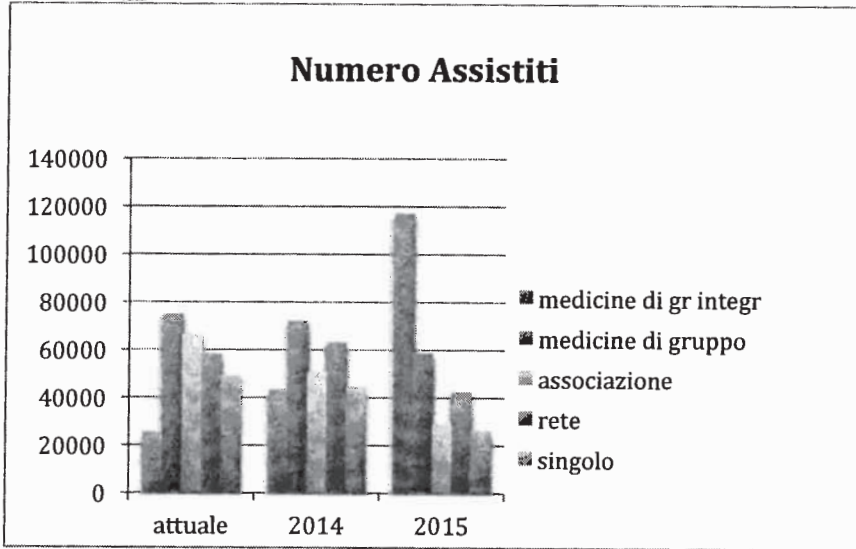
Nel 2015, l'obiettivo da raggiungere ferma restando la sostenibilità economica dell'operazione e le disposizioni regionali, è esplicitato nella tabella seguente.

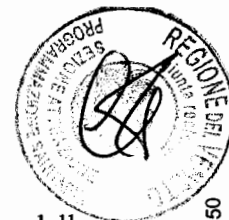
SVILUPPO 2015			
tipologia associazionismo	numero associazioni	numero MAP per associazione	numero assistiti per associazione
associazione	6	22	29125
medicina gruppo	11	42	58792
medicina gruppo integrata	9	81	107893
medicina gruppo integrata interdis	2	6	9160
rete	7	31	42598
singolo		31	26435
<b>Totale complessivo</b>	<b>35</b>	<b>213</b>	<b>274003</b>

I grafici sottostanti rappresentano lo sviluppo nel biennio dell'associazionismo medico.

# Allegato<sup>A</sup> alla dgr

n. del





Si prevede che il processo di riorganizzazione della Medicina Generale pianificato sulla base delle disponibilità fino ad ora espresse dai Medici di Medicina Generale possa avere un ulteriore sviluppo per l'adesione di altri Medici. In tal senso, alla fine del 2015, dovrebbe essere marginale il numero di medici non inseriti in forme associative.

**Le strutture residenziali**

Il territorio dell'Azienda U.L.S.S. n. 6" Vicenza" è caratterizzato da una ricca offerta di posti letto per anziani non autosufficienti e autosufficienti. Sulla base delle previsioni della D.G.R. 190/2011 è in corso il processo per la trasformazione graduale di posti letto per autosufficienti in posti letto per autosufficienti, e riequilibrando la dotazione di posti letto di 1° e 2° livello.

Al termine di tali riconversioni i posti letto saranno **2574 (e non 2520 come affermato nelle schede di dotazione ospedaliera, che descrivono una fase transitoria al 31/12/2012 di realizzazione della D.G.R. 190/2011)** di cui **1607** posti letto per anziani non autosufficienti di 1° livello di intensità assistenziale, **400** posti letto per anziani non autosufficienti di 2° livello di intensità assistenziale, **10** posti letto per pazienti in condizione di stato vegetativo permanente, **125** posti letto per religiosi non autosufficienti, **405** autorizzati ad accogliere persone anziane autosufficienti.

Sono inoltre operativi 4 centri diurni socio sanitari per persone anziane non autosufficienti per una dotazione complessiva di n. **93** posti.

Ulteriormente la recente D.G.R. N° 2243 del 3 dicembre 2013 prevede l'ulteriore possibilità di aumentare la dotazione di posti letto per non autosufficienti di **75** posti letto sempre per riconversione della dotazione di posti letto per autosufficienti. Tale ampliamento sarà effettuato in stretta collaborazione con la Conferenza dei Sindaci nel corso del 2014 con particolare attenzione al riequilibrio dell'offerta di posti letto di 2° livello per dare risposta in particolare alle persone con profili di non autosufficienza 16 e 17, fortemente rappresentate nella graduatoria unica di accesso e che presentano tempi di attesa molto prolungati.

	D.G.R. n° 190/11	D.G.R. n° 2243/13
PL na 1 livello	1607	1682
PL na 2 livello	400	400
PL na per religiosi	125	125
PL autosufficienti	405	330
Centri Diurni per na	93	93
SVP	10	10
Totale	2640	2640

La trasformazione nel 2015 degli attuali NAISS in URT descritta più avanti, determinerà inoltre la mobilitazione di 62 IR di secondo livello attualmente allocate in questa unità di offerta, riportandole all'interno dell'offerta complessiva di residenzialità di 2 livello per le persone anziane non autosufficienti.

**Le strutture intermedie.**

Relativamente all'allocazione delle strutture intermedie questa Azienda intende valorizzare le aree di riconversione ospedaliera. In tal senso il Centro Polifunzionale di Sandrigo (in cui è presente già un nucleo NAISS di 30 pl), l'Area Ospedaliera di Noventa Vicentina in cui è ubicato il Centro di Servizio Ca' Arnaldi e, nel Comune di Vicenza, l'Ipab di Vicenza, vista la sua vicinanza all'Ospedale (sede di un altro nucleo NAISS di 32 pl, di un nucleo di SVP da 10 pl e su cui era già fatta richiesta alla Regione di istituire un Ospedale di comunità di 15 pl), diventano le sedi dove si realizzeranno le strutture intermedie ad eccezione dell'Hospice che, pur essendo territoriale, si trova inserito nell'area ospedaliera di Vicenza e per il quale si sta procedendo ad una riorganizzazione che porterà l'Ulss a gestirlo direttamente.



# Allegato<sup>A</sup> alla dgr

n. del



Regione del Veneto-A.O. Giunta Regionale n. prot. 140520 data 02/04/2014, pagina 41 di 50

## Hospice

Dal 2008 sono operativi 7 posti letto di hospice extraospedaliero che operano in stretta connessione con le U.O. di terapia palliativa territoriale e con le U.O. di Cure primarie territoriali.

Nel corso del 2013 l'Hospice ha accolto n. **139** pazienti per un numero complessivo di **2297** gg di presenza, con un tasso di occupazione del **88,6%**, un indice di rotazione di **22,4** pazienti per posto letto e con una degenza media **16,3** giorni.

Per il biennio 2014-15 non si prevede di aumentare complessivamente i numeri di pl di Hospice (si prevede un potenziamento nel 2016 di 4 pl).

## Naiss → Urt

Dal 2003 l'azienda ha attivato un primo nucleo di 30 posti letto NAISS (Nuclei ad Alta Intensità Socio Sanitaria) presso l'ex ospedale di Sandrigo in applicazione della D.G.R. 1797/2003: "Misure per garantire la continuità assistenziale tra il sistema delle cure ospedaliere e il sistema delle cure distrettuali.

Rifinalizzazione delle RSA da riconversione ospedaliera in esercizio e attivazione di ulteriori sedi".

Successivamente nel 2007 è stato attivato un secondo nucleo di 32 posti letto presso l'I.P.A.B. di Vicenza.

Attualmente i Nuclei NAISS sono destinati al recupero dell'autonomia funzionale e motoria e alla stabilizzazione clinica di persone anziane che al momento di dimissione ospedaliera presentano una compromissione delle autonomie e dei bisogni sanitari importanti rispetto al periodo antecedente al ricovero ospedaliero. Contemporaneamente, tali ricoveri permettono alla famiglia di organizzare un contesto domiciliare idoneo a riaccogliere ed assistere adeguatamente il congiunto una volta dimesso.

Nel corso dell'anno 2013 queste unità di offerta hanno effettuato **579** nuovi ingressi di cui **295** casi presso il NAISS di Sandrigo e **284** casi presso il NAISS dell'IPAB di Vicenza. Complessivamente il tasso di occupazione è stato del **97%**, un indice di rotazione **9,33** pazienti per posto letto, una degenza media **37,92**.

Questa Unità di offerta socio sanitaria si prevede possa essere nel 2015 riconvertita gradualmente nelle costituente Unità riabilitative territoriali (URT), così come previste nel nuovo Piano Socio Sanitario e dalla D.G.R. 2718 del 24/12/2012 e dalla D.G.R. 2621 del 18/12/2012. Nel 2015 si prevede inoltre l'istituzione di 15 posti di URT presso il Centro di Servizio Ca' Araldi di Noventa Vicentina.

## Ospedale di Comunità

Le schede di dotazione ospedaliera adottate con D.G.R. 2122 del 19/11/2013 prevedono per l'U.L.S.S. di Vicenza la possibilità di attivare 20 posti letto di Ospedale di Comunità presso la RSA di riconversione ospedaliera di Sandrigo.

Come si evince dalla tabella sottostante, si intendono attivare entro il 2014 venti posti letto di ospedale di comunità presso il Centro di Servizi Diodata Bertolo. Nel 2015 ulteriori 15 posti letto verrebbero attivati presso l'IPAB di Vicenza mentre nel 2016 ulteriori 15 potrebbero trovare realizzazione presso la summenzionata Ca' Araldi.

---

In sintesi, la proposta di allocazione dei posti letto, basata su una popolazione di 159.792 (popolazione > 42 anni) per strutture intermedie sarebbe così articolata:

# Allegato alla dgr

n. del



**PROGRAMMAZIONE DGR 2122/2013**

ULSS	106	0
PL ATTIVATI	133	0
PL PROGRAMMATI	192	0
PL DA ATTIVARE	57	192
CTRP	36	
ART. 26	12	
HOSPICE	7	
ODC	0	
URT	77	

**ISTRUZIONI**  
 1) Nel riquadro azzurro sono riportati i valori della DGR 2122/2013  
 2) Nella zona gialla sono riportati i dettagli dei posti attivati ai fini della DGR 2122/2013. Eventuali modifiche possono essere inserite evidenziando in colore rosso  
 3) Nella zona verde vanno inserite le strutture, inserendo il valore dei posti da attivare nella colonna dell'anno in cui è prevista l'attivazione

**LEGENDA**  
 \* o programmati in DGR 2122  
 \*\* utilizzare le tipologie previste ai fini della presente rilevazione (Hospice, ODC, URT)  
 \*\*\* compilare solo per gli URT (derivanti da SAPA, RSA riabilitative, ...)

DETTAGLIO ATTIVATI	TIPOLOGIA	ATTUALE TIPOLOGIA VERSO URT***	NOME STRUTTURA	COMUNE STRUTTURA	PL 2013	PL 2014	PL 2015	PL 2016
1	Articolo 26		Ex Articolo 26 interazientili ripartiti		12			
2	CTRP		CTRP interazientili ripartiti		39			
3	Hospice		Unità di Cure Palliative Ospedale San Bortolo	VICENZA	7			
4	ODC		Centro Sanitario Polifunzionale di Sandrigo	SANDRIGO		20		
5	URT	RSA riabilitative	NAIS IPAB DI VICENZA	VICENZA	32			
6	ODC		IPAB VICENZA					
7	URT	RSA riabilitative	NAIS IPAB SUOR DIODATA	SANDRIGO	30			
8	URT	SAPA****	IPAB DI VICENZA	VICENZA	15			
9	URT		Ca' Arnaudi				15	
10	Hospice		Unità di Cure Palliative Ospedale San Bortolo				4	
11	ODC		Ca' Arnaudi				15	
					135	5	52	0

nel 2015 verranno trasformati in URT le attuali RSA con ridefinizione dei capitoli di finanziamento (a totale costo sanitario secondo delibera)  
 \*\*\*\* i SAPA non sono mai stati attivati

DETTAGLIO PROGRAMMATI	TIPOLOGIA	ATTUALE TIPOLOGIA VERSO URT	NOME STRUTTURA	COMUNE STRUTTURA	PL 2014	PL 2015	PL 2016
1	ODC		Suor Diodata Bertolo	Sandrigo	20		
2	URT	RSA riabilitativa	Suor Diodata Bertolo	Sandrigo	30		
3	URT	RSA riabilitativa	IPAB Vicenza	Vicenza	32		
4	ODC		IPAB Vicenza	Vicenza			
5	URT	SAPA	IPAB Vicenza	Vicenza			
6	URT		Ca' Arnaudi	Vicenza	-15		18
7	URT		Ca' Arnaudi	Noventa Vicentina			15
8	ODC		Ampliamento Cure Palliative San Bortolo	Noventa Vicentina			15
							4

# Allegato A alla dgr

REGIONE VENETO - AZIENDA ULSS N. 8 VICENZA - SCHEDE RIEPILOGATIVE PIANO ATTUATIVO DRGV 2122/2013 PRESIDI OSPEDALIERI DI VICENZA E NOVENTA



n. strutture operative del	SITUAZIONE ATTUALE						D.G.R.V. n. 2122/2013						DIFFERENZA TRA ATTUALE E DRGV	ATTIVITA'/USD PRESIDIO DI VICENZA	ATTIVITA'/USD PRESIDIO DI NOVENTA	
	VICENZA		NOVENTA		TOTALI AZIENDA		VICENZA		NOVENTA		TOTALI AZIENDA					
Funzioni	PL	AP	PL	AP	PL	AP	PL	AP	PL	AP	PL	AP	PL	AP	PL	AP
<b>AREA MEDICA</b>																
Cardiologia	31	1			31	1	32	1			32	1	-1	0	Con attività di Emodinamica Interventistica. Centro Hub di riferimento (H24)	
Dermatologia	2	1			2	1	2	1			2	1	0	0		
Ematologia	27	1			27	1	22	1			22	1	+5	0		
Gastroenterologia	18	1			18	1	10	1			10	1	+8	0		
Geriatrica	80	1			80	1	66	1			66	1	+14	0		
Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione	0	1			0	1	10	1			10	1	-10	0		
Malattie infettive	19	1			19	1	20	1			20	1	-1	0		
Medicina Generale	89	1	48	1	137	2	90	1	48	1	138	2	-1	0		
Nefrologia	19	1			19	1	20	1			20	1	-1	0		
Neurologia	35	1			35	1	32	1			32	1	+3	0	Unità ICU di 2° livello. Attività garantita anche per le Aziende Ulss 3, 4 e 5.	
Oncologia	10	1			10	1	10	1			10	1	0	0	Polo Oncologico di riferimento provinciale.	
Pneumologia	24	1			24	1	22	1			22	1	+2	0		
Psichiatria	30	0			30	0	32	0			32	0	-2	0		
Radioterapia	2	1			2	1	8	1			8	1	-6	0	Struttura di riferimento provinciale.	
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>	<b>364</b>	<b>13</b>	<b>48</b>	<b>1</b>	<b>412</b>	<b>14</b>	<b>378</b>	<b>13</b>	<b>48</b>	<b>1</b>	<b>424</b>	<b>14</b>	<b>-12</b>	<b>0</b>		
<b>AREA CHIRURGICA</b>																
Cardiochirurgia	17	1			17	1	20	1			20	1	-3	0	Struttura di riferimento provinciale.	
Chirurgia Generale	49	1	34	1	83	2	47	1	18	1	65	2	+18	0	Con attività di trapianto di rene. Attività in regime di Week Surgery Multidisciplinare	
Chirurgia Maxillofaciale	12	1			12	1	13	1			13	1	-1	0	Struttura di riferimento provinciale.	
Chirurgia Plastica	19	1			19	1	15	1			15	1	+4	0	Struttura di riferimento provinciale.	
Chirurgia Vascolare	13	1			13	1	15	1			15	1	-2	0		
Day Surgery Multipediatico	0	0	0		0	0	0		12		12	0	-12	0	Attività in regime diurno/ambulatoriale	
Neurochirurgia	40	2			40	2	33	2			33	2	+7	0	Di cui 1 apposita ad indirizzo stereotassico. Struttura di riferimento provinciale.	
Oculistica	10	1			10	1	8	1			8	1	+4	0	Con attività di diagnosi e trattamento patologie retiniche anche per le Aziende Ulss 3, 4 e 5.	
Ortopedia e Traumatologia	64	1			64	1	64	1			64	1	0	0		
Otorinolaringoiatria	13	1			13	1	13	1			13	1	0	0		
Urologia	23	1			23	1	22	1			22	1	+1	0		
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>	<b>269</b>	<b>11</b>	<b>34</b>	<b>1</b>	<b>294</b>	<b>12</b>	<b>248</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>278</b>	<b>12</b>	<b>+16</b>	<b>0</b>		
<b>AREA MATERNO INFANTILE</b>																
Chirurgia Pediatrica	14	1			14	1	14	1			14	1	0	0	Struttura di riferimento Regionale per Vascolosi Neurologica e Difetti del Tubo Neurale.	
Ginecologia e Ostetricia	70	1	27	1	97	2	75	1	0	0	75	1	+22	+1		
Patologia Neonatale	15	0			15	0	12				12	0	+3	0		
Pediatria	28	1			28	1	18	1			18	1	+10	0		
<b>TOTALE AREA MATERNO INFANTILE</b>	<b>127</b>	<b>3</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>154</b>	<b>4</b>	<b>119</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>119</b>	<b>3</b>	<b>+35</b>	<b>+1</b>		
<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>																
Anestesia e Rianimazione	0	2			0	2	1				0	1	0	+1		
Post letto di Terapia Intensiva	28	4			30	0	23	2			25	0	+5	0	USD	
Post letto di Terapia Intensiva Cardiologica	8				8	0	10				10	0	-2	0		
Post letto di Terapia Intensiva Pediatrica	0				0	0	4				4	0	-4	0		
Terapia Intensiva Neonatale	6				6	0	8				8	0	0	0	USD	
<b>TOTALE AREA TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>42</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>44</b>	<b>2</b>	<b>46</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>46</b>	<b>2</b>	<b>-2</b>	<b>+1</b>		
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>																
Accettazione e pronto soccorso	1		0		0	1	1		1		0	2	0	-1	0	Con posti letto tecnici di OBI
Anatomia e istologia patologica	1				0	1	1				0	1	0	0	0	Svolge funzioni di coordinamento anche per l'Ulss 3. Attività garantita in ambito aziendale
Centrale Operativa Suoni	1				0	1	1				0	1	0	0		
Direzione medica	1				0	1	2				0	2	0	-1	0	USD; Psicologia Ospedaliera. Con US Professioni Sanitarie. Attività garantita anche per l'Ospedale di Noventa.
Farmacia	1				0	1	1				0	1	0	0	0	Attività garantita in ambito aziendale
Fisica Sanitaria	1				0	1	1				0	1	0	0	0	Attività garantita in ambito aziendale
Laboratorio analisi	1				0	1	1				0	1	0	0	0	
Medina Nucleare	1				0	1	1				0	1	0	0	0	
Medicina Trasfusionale	1				0	1	1				0	1	0	0	0	DIMT. Svolge funzioni di coordinamento anche per le Aziende Ulss 3, 4 e 5.
Microbiologia	1				0	1	1				0	1	0	0	0	
Neuroradiologia	1				0	1	1				0	1	0	0	0	Via garantita la consulenza in urgenza tramite teleconsultazione in ambito provinciale.
Radiologia	1				0	1	1				0	1	0	0	0	USD
Terapia del dolore	1				0	1	1				0	1	0	0	0	
<b>TOTALE AREA SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>8</b>	<b>13</b>	<b>8</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>-7</b>	<b>0</b>	
<b>AREA RIABILITATIVA</b>																
Recupero e Rieducazione Funzionale	8	1	11		17	1	12	1			12	1	+5	0		
Unità Spinale	30	0			30	0	18				18	0	+12	0		
Lungodegenza	0	0			0	0	0		25		25	0	-25	0		
<b>TOTALE AREA F.O. RIABILITATIVA</b>	<b>38</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>1</b>	<b>25</b>	<b>0</b>	<b>53</b>	<b>1</b>	<b>-6</b>	<b>0</b>		
<b>TOTALE GENERALE AZIENDA</b>	<b>872</b>	<b>24</b>	<b>87</b>	<b>2</b>	<b>959</b>	<b>26</b>	<b>826</b>	<b>23</b>	<b>90</b>	<b>2</b>	<b>877</b>	<b>26</b>	<b>+82</b>	<b>1</b>		

REGIONE VENETO - AZIENDA ULSS N. 6 VICENZA - SCHEDE PIANO ATTUATIVO DGRV 2122/2013 PRESIDIO OSPEDALIERO DI VICENZA

n. del

codice	funzione	attività	post letto	sped. provv.	USO provv.	data	codice	funzione	attività	post letto	sped. provv.	USO provv.	data	tipologia attribuzioni o distribuzioni
<b>AREA MEDICA</b>														
8	Cardiologia	Con attività di Emodinamica interventistica. Centro Hub di riferimento (H24)	31	1			8	Cardiologia	Con attività di Emodinamica interventistica. Centro Hub di riferimento (H24)	32	1		30/06/2014	PL
52	Dermatologia		2	1			52	Dermatologia		2	1			PL
18	Ematologia		27	1	31/12/2014		18	Ematologia		22	1			PL
58	Gastroenterologia		16	1	30/06/2014		58	Gastroenterologia		10	1			PL
21	Geriatrica		60	1			21	Geriatrica		66	1		30/06/2014	PL
19	Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione		0	1			19	Malattie Endocrine del Ricambio e della Nutrizione		10	1		31/12/2014	PL
24	Malattie infettive		19	1			24	Malattie infettive		20	1		30/06/2014	PL
26	Medicina Generale		89	1			26	Medicina Generale		90	1		30/06/2014	PL
48	Nefrologia		19	1			48	Nefrologia		20	1		30/06/2014	PL
32	Neurologia	Unità Idus di 2° livello. Attività garantita anche per le Aziende Ulss 3, 4 e 5.	35	1	31/12/2014		32	Neurologia	Unità Idus di 2° livello. Attività garantita anche per le Aziende Ulss 3, 4 e 5.	32	1		30/06/2014	PL
64	Oncologia	Polo Oncologico di riferimento provinciale.	10	1			64	Oncologia	Polo Oncologico di riferimento provinciale.	10	1			PL
68	Pneumologia		24	1	31/12/2014		68	Pneumologia		22	1			PL
40	Pediatria		30	0			40	Pediatria		32	0		31/12/2014	PL
70	Radioterapia	Struttura di riferimento provinciale.	2	1			70	Radioterapia	Struttura di riferimento provinciale.	8	1		31/12/2014	PL
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>			<b>344</b>	<b>13</b>			<b>TOTALE AREA MEDICA</b>			<b>374</b>	<b>13</b>			
<b>AREA CHIRURGICA</b>														
7	Cardiologia	Struttura di riferimento provinciale.	17	1			7	Cardiologia	Struttura di riferimento provinciale.	20	1		30/06/2015	PL
9	Chirurgia Generale	Con attività di trapianto di rene.	49	1	31/12/2014		9	Chirurgia Generale	Con attività di trapianto di rene.	47	1			PL
10	Chirurgia Maxillofaciale	Struttura di riferimento provinciale.	12	1			10	Chirurgia Maxillofaciale	Struttura di riferimento provinciale.	13	1		30/06/2014	PL
12	Chirurgia Plastica	Struttura di riferimento provinciale.	19	1	30/06/2014		12	Chirurgia Plastica	Struttura di riferimento provinciale.	15	1			PL
14	Chirurgia Vascolare		13	1			14	Chirurgia Vascolare		15	1		30/06/2015	PL
88	Day Surgery Multispecialistico		0	0			88	Day Surgery Multispecialistico		0	0			PL
30	Neurochirurgia	Di cui 1 apicalità ad indirizzo stereotassico. Struttura di riferimento provinciale.	40	2	31/12/2014		30	Neurochirurgia	Di cui 1 apicalità ad indirizzo stereotassico. Struttura di riferimento provinciale.	33	2			PL
34	Oculistica	Con attività di diagnosi e trattamento patologie retiniche anche per le Aziende Ulss 3, 4 e 5.	10	1	30/06/2014		34	Oculistica	Con attività di diagnosi e trattamento patologie retiniche anche per le Aziende Ulss 3, 4 e 5.	6	1			PL
36	Ortopedia e traumatologia		64	1			36	Ortopedia e traumatologia		64	1			PL
38	Otorinolaringoiatria		13	1			38	Otorinolaringoiatria		13	1			PL
43	Urologia		23	1	30/06/2014		43	Urologia		22	1			PL
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>			<b>288</b>	<b>11</b>			<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>			<b>348</b>	<b>11</b>			



REGIONE VENETO - AZIENDA ULSS N. 3 VICENZA - SCHEDE PIANO ATTUATIVO DGRV 2122/2013 PRESIDIO OSPEDALIERO DI VICENZA

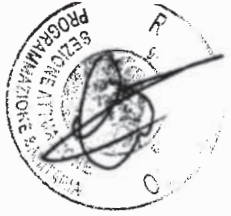
Allegato <sup>A</sup> alla dgr

n. del



codice	funzione	attività	post letto	spettività prevista	USD previste	data dell'attivazione	codice	funzione	attività	post letto	spettività prevista	USD previste	data dell'attivazione	tipologia attivazioni o disattivazioni
<b>AREA MATERNO INFANTILE</b>														
Struttura di riferimento Regionale per Vesicola Neurologica e Difetti del Tubo Neurale.														
11	Chirurgia Pediatrica		14	1			11	Chirurgia Pediatrica		14	1			
37	Ostetricia e Ginecologia		70	1			37	Ostetricia e Ginecologia		75	1		30/06/2015	PL
62	Patologia Neonatale		15	0		30/06/2014	62	Patologia Neonatale		12	0			PL
39	Pediatria		28	1		30/12/2014	39	Pediatria		18	1			PL
<b>TOTALE AREA MATERNO INFANTILE</b>			<b>127</b>	<b>3</b>			<b>TOTALE AREA MATERNO INFANTILE</b>			<b>119</b>	<b>3</b>			
<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>														
48	Anestesia e Rianimazione		0	2		30/06/2014	49	Anestesia e Rianimazione		0	1			AP
49	Posti letto di Terapia Intensiva		26	0		31/12/2014	49	Posti letto di Terapia Intensiva		23	0			PL
50	Posti letto di Terapia intensiva Cardiologica		8	0			50	Posti letto di Terapia intensiva Cardiologica		10	0		31/12/2014	PL
49	Posti letto di Terapia intensiva Pediatrica		0	0			49	Posti letto di Terapia intensiva Pediatrica		4	0		31/12/2014	PL
73	Terapia intensiva Neonatale		6	0			73	Terapia intensiva Neonatale		6	0	USD	31/12/2014	USD
<b>TOTALE AREA TERAPIA INTENSIVA</b>			<b>40</b>	<b>2</b>			<b>TOTALE AREA TERAPIA INTENSIVA</b>			<b>43</b>	<b>1</b>	USD		
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>														
S.01	Accettazione e pronto soccorso	Con posti letto tecnici di OBI	0	1			S.01	Accettazione e pronto soccorso	Con posti letto tecnici di OBI	0	1			
S.03	Anatomia e istologia patologica	Svolge funzioni di coordinamento anche per l'Ulss 3.	0	1			S.03	Anatomia e istologia patologica	Svolge funzioni di coordinamento anche per l'Ulss 3.	0	1			
S.02	Centrale Operativa Suem		0	1			S.02	Centrale Operativa Suem	USD; Psicologia Ospedaliera; Con US Professioni Sanitarie. Attività garantita anche per l'Ospedale di Novara.	0	1		30/06/2015	AP
S.04	Direzione medica		0	1			S.04	Direzione medica		0	2	USD	30/06/2014	USD
S.05	Farmacia		0	1			S.05	Farmacia		0	1			
S.10	Fisica Sanitaria		0	1			S.10	Fisica Sanitaria		0	1			
S.06	Laboratorio analisi		0	1			S.06	Laboratorio analisi		0	1			
61	Medicina Nucleare		0	1			61	Medicina Nucleare		0	1			
S.07	Medicina Trasfusionale	DIMT. Svolge funzioni di coordinamento anche per le Aziende Ulss 3,4 e 5.	0	1			S.07	Medicina Trasfusionale	DIMT. Svolge funzioni di coordinamento anche per le Aziende Ulss 3,4 e 5.	0	1			
S.08	Microbiologia		0	1			S.08	Microbiologia	Va garantita la consulenza in urgenza tramite teleferita in ambito provinciale.	0	1			
S.17	Neuroradiologia		0	1			S.17	Neuroradiologia	Va garantita la consulenza in urgenza tramite teleferita in ambito provinciale.	0	1			
69	Radiologia		0	1			69	Radiologia		0	1			
99	Terapia del dolore		0	1			99	Terapia del dolore		0	1			
<b>TOTALE AREA SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>			<b>6</b>	<b>13</b>			<b>TOTALE AREA SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>			<b>6</b>	<b>14</b>			
<b>AREA RIABILITATIVA</b>														
56	Recupero e Riabilitazione Funzionale		6	1			56	Recupero e Riabilitazione Funzionale		12	1		31/12/2014	PL
28	Unità Spinali		30	0		31/12/2014	28	Unità Spinali		18	0			PL
60	Lungodegenza		0	0			60	Lungodegenza		0	0			
<b>TOTALE AREA F.O. RIABILITATIVA</b>			<b>36</b>	<b>1</b>			<b>TOTALE AREA F.O. RIABILITATIVA</b>			<b>30</b>	<b>1</b>			
<b>TOTALE GENERALE VICENZA</b>			<b>187</b>	<b>43</b>			<b>TOTALE GENERALE VICENZA</b>			<b>177</b>	<b>43</b>			

REGIONE VENETO - AZIENDA ULSS N. 6 VICENZA - SCHEDE PIANO ATTUATIVO DGRV 2122/2013 PRESIDIO OSPEDALIERO DI NOVENTA



codice	funzione	attività	posti letto	spedalità prevista	USD previste	data disattivazione	codice	funzione	attività	posti letto	spedalità prevista	USD previste	data adeguamento o attivazione	tipologia attivazioni o disattivazioni
<b>AREA MEDICA</b>														
26	Medicina Generale		48	1				Medicina Generale		48	1			
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>			<b>48</b>	<b>1</b>										
<b>AREA CHIRURGICA</b>														
9	Chirurgia Generale		34	1		31/12/2014		Chirurgia Generale	Attività in regime di Week Surgery Multidisciplinare	18	1		31/12/2014	PL
98	Day Surgery Multispecialistico		0	0				Day Surgery Multispecialistico	Attività in regime diurno/ambulatoriale	12	0		31/12/2014	PL
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>			<b>34</b>	<b>1</b>										
<b>AREA MATERNO INFANTILE</b>														
37	Ostetricia e Ginecologia		27	1		30/04/2014		Ostetricia e Ginecologia		0	0			AP + PL
<b>TOTALE AREA MATERNO INFANTILE</b>			<b>27</b>	<b>1</b>										
<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>														
49	Posti letto di Terapia Intensiva		4	0		30/06/2014		Posti letto di Terapia Intensiva		2	0	USD	31/12/2014	USD + PL
<b>TOTALE AREA TERAPIA INTENSIVA</b>			<b>4</b>	<b>0</b>										
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>														
S. 01	Accettazione e pronto soccorso		0	0			S. 01	Accettazione e pronto soccorso	Con posti letto tecnici di OBI	0	1		31/12/2014	AP
S. 03	Anatomia e istologia patologica		0	0			S. 03	Anatomia e istologia patologica	Attività garantita in ambito aziendale	0	0			
S. 04	Direzione medica		0	0			S. 04	Direzione medica	Attività garantita in ambito aziendale	0	0	USD	31/12/2014	USD
S. 05	Farmacia		0	0			S. 05	Farmacia	Attività garantita in ambito aziendale	0	0			
S. 06	Laboratorio analisi		0	0			S. 06	Laboratorio analisi	Attività garantita in ambito aziendale	0	0			
69	Radiologia		0	0			69	Radiologia		0	0	USD	31/12/2014	USD
<b>TOTALE AREA SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>			<b>0</b>	<b>0</b>										
<b>AREA RIABILITATIVA</b>														
56	Recupero e Rieducazione Funzionale		11	0			56	Recupero e Rieducazione Funzionale		0	0			PL
60	Lungodegenza		0	0			60	Lungodegenza		25	0		30/6/15	PL
<b>TOTALE AREA F.O. RIABILITATIVA</b>			<b>11</b>	<b>0</b>										
<b>TOTALE GENERALE NOVENTA</b>			<b>124</b>	<b>3</b>										

Allegato<sup>A</sup> alla dgr

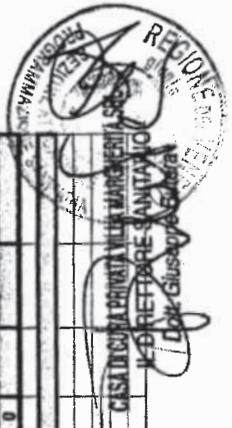
n. del



**REGIONE VENETO - AZIENDA ULSS N. 6 VICENZA - PIANO ATTUATIVO DGRV 2122/2013  
PRESIDIO OSPEDALIERO DI VICENZA POSTI LETTO EXTRAREGIONE**

attuazione DGR 2122/2013 posti letto extraregione			
codice	funzione	posti letto	data attivazione
<b>AREA MEDICA</b>			
8	Cardiologia	1	30/06/2014
26	Medicina Generale	2	30/06/2014
40	Psichiatria	1	31/03/2014
	<b>TOTALE AREA MEDICA</b>	<b>4</b>	<b>30/06/2014</b>
<b>AREA CHIRURGICA</b>			
7	Cardiochirurgia	1	30/06/2014
9	Chirurgia Generale	2	30/06/2014
10	Chirurgia Maxillofacciale	2	30/06/2014
12	Chirurgia Plastica	1	30/06/2014
30	Neurochirurgia	2	30/06/2014
36	Ortopedia e traumatologia	1	30/06/2014
38	Otorinolaringoiatria	1	30/06/2014
43	Urologia	1	30/06/2014
	<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>	<b>11</b>	
<b>AREA MATERNO INFANTILE</b>			
11	Chirurgia Pediatrica	1	30/06/2014
37	Ostetricia e Ginecologia	3	30/06/2014
39	Pediatria	1	30/06/2014
	<b>TOTALE AREA MATERNO INFANTILE</b>	<b>5</b>	
	<b>TOTALE GENERALE AZIENDA</b>	<b>20</b>	

n.



Casa di Cura Privata Villa Margherita S.r.l.

situazione attuale		situazione DOG 2128/2013		del	
funzione	attività	post letto	spedite	USD previste	data di attivazione
<b>AREA MEDICA</b>					
32 Neurologia		12	1		01/01/2014
40 Terapia Psichiatrica		18	1		01/01/2014
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>		<b>30</b>	<b>2</b>		
<b>AREA CHIRURGICA</b>					
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>AREA MATERNO INFANTILE</b>					
<b>TOTALE AREA MATERNO INFANTILE</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>					
<b>TOTALE AREA TERAPIA INTENSIVA</b>		<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>AREA RIABILITATIVA</b>					
75 Neuroriabilitazione		0			01/01/2014
56 Recupero e Riabilitazione Funzionale	Cao (attività di sub. Neurologica, Ortopedica e Psichiatrica)	42	3		01/01/2014
28 Unità Spinale		0			01/01/2014
<b>TOTALE AREA F.O. RIABILITATIVA</b>		<b>42</b>	<b>3</b>		
<b>TOTALE STRUTTURA</b>		<b>72</b>	<b>5</b>		
<b>AREA RIABILITATIVA</b>					
32 Neurologia	(Area Medica)	0			01/01/2014
40 Terapia Psichiatrica	(Area Medica)	3			01/01/2014
56 Recupero e Riabilitazione Funzionale		2			01/01/2014
<b>TOTALE POSTILETTO EXTRAREGIONE</b>		<b>5</b>	<b>0</b>		
<b>AMBITO ORSALE</b>					
ATTIVITÀ	NOTE				



Allegato <sup>A</sup> alla dgr

del



05/03/14  
CASA DI CURA ERETEMA S.p.A.  
V.le Erenio 12 - VICENZA  
CAPIFIRE - SANITARIO  
Doc. INCENTIVI VERBALE  
*Alciani*

codice	funzione	attività	post letto	spese	USD previste	data	adeguamenti	note
26	MEDICINA GENERALE	AREA MEDICA CON ATTIVITA' DI CARDIOLOGIA	30					
200								
200								
	TOTALE AREA MEDICA	TOTALE AREA MEDICA	30	0				
	CHIRURGIA GENERALE	AREA CHIRURGICA CON ATTIVITA' DI GINECOLOGIA, OCULISTICA, OTORINOLARINGOIATRIA E UROLOGIA	12					
	ANESTESIA E RIANIMAZIONE		10					
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		10					
	TOTALE AREA CHIRURGICA	TOTALE AREA CHIRURGICA	32	0				
	AREA MATERNO INFANTILE	AREA MATERNO INFANTILE						
	TOTALE AREA MATERNO INFANTILE	TOTALE AREA MATERNO INFANTILE	0	0				
	AREA DI TERAPIA SUB-INTENSIVA	AREA TERAPIA INTENSIVA	2	0				
	TOTALE AREA TERAPIA INTENSIVA	TOTALE AREA TERAPIA INTENSIVA	2	0				
66	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	AREA RIABILITATIVA	10					
00								
00								
	TOTALE AREA F.O. RIABILITATIVA	TOTALE AREA F.O. RIABILITATIVA	10	0				
	TOTALE STRUTTURA	TOTALE STRUTTURA	75	0				
	PAZIENTI EXTRAREGIONE	AREA EXTRAREGIONE CON ATTIVITA' DI CHIRURGIA GENERALE, OCULISTICA, OTORINOLARINGOIATRIA, UROLOGIA, ORTOPEDIA	11					
00								
00								
	TOTALE POSTILLETTO EXTRAREGIONE	TOTALE POSTILLETTO EXTRAREGIONE	11	0				
	ATTIVITA'	NOTE						
A08	CARDIOLOGIA							
A09	CHIRURGIA GENERALE							
A58	DIAGNOSTICA PER IMMAGINE							
A03	MEDICINA DI LABORATORIO							
A34	OCULISTICA							
A36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
A37	ORTOPEDIA E GINECOLOGIA							
A48	RADIOLOGIA DIAGNOSTICA							

IN ATTESA DI BUDGET REGIONALE  
IN ATTESA DI BUDGET REGIONALE

SENZA ATTIVITA' DI ELETTROFISIOLOGIA  
LIMITATAMENTE ALLE PRESTAZIONI DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA  
LIMITATAMENTE ALLA PRESTAZIONE COD. HA 13.71 - INSERZIONE DI CRISTALLINO

SENZA ATTIVITA' DI ELETTROFISIOLOGIA  
SENZA ATTIVITA' DI ELETTROFISIOLOGIA

CASA DI CURA

VILLA BERICA VICENZA

# Allegato A alla dgr

## n. del



codice	funzione	attività	post letto	spedite	UPD preside	area	struttura	codice	funzione	attività	post letto	spedite	UPD preside	data	adempimenti	note
<b>AREA MEDICA</b>																
26	MEDICINA GENERALE	con attività di Cardiologia e diabetologia	21					26	MEDICINA GENERALE	con attività di fisiologia e cardiologia. Senza attività di elettrofisiologia ed emodinamica	21					
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>																
<b>AREA CHIRURGICA</b>																
9	CHIRURGIA GENERALE	con attività di Gastrologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Oncologia	17					9	CHIRURGIA GENERALE	con attività di Gastrologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, Oncologia	14					
36	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		18					36	DAY SURGERY MULTIDISCIPLINARE		10					
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>																
<b>AREA MATERNO INFANTILE</b>																
<b>TOTALE AREA MATERNO INFANTILE</b>																
<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>																
49	POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA		2	0				49	POSTI LETTO TERAPIA SUB-INTENSIVA		2					
<b>TOTALE AREA TERAPIA INTENSIVA</b>																
<b>AREA RIABILITATIVA</b>																
56	MEDICINA FISICA E RIABILITAZIONE	con attività di fisiopatologia	30					56	RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE		20					
60	LUNGOCORRENTI							60	LUNGOCORRENTI		10					
<b>TOTALE AREA F.O. RIABILITATIVA</b>																
<b>TOTALE STRUTTURA</b>																
<b>POSTI LETTO EXTRAREGIONE</b>																
26	MEDICINA GENERALE							26	MEDICINA GENERALE		3					
<b>AREA F.O. CHIRURGICA</b>																
<b>TOTALE POSTI LETTO EXTRAREGIONE</b>																
<b>AMBULATORIALE</b>																
<b>ATTIVITA'</b>																
<b>NOTE</b>																