

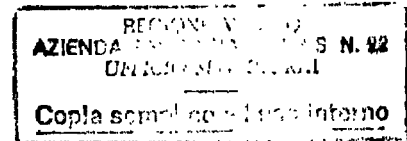
A  
**Allegato alla dgr**  
**n. del**



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE VENETO**

**AZIENDA SANITARIA U. L. S. S. N° 22**

**BUSSOLENGO**  
-----



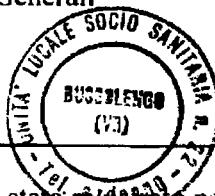
**DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE**

N. **94** DEL **10 MAR 2014**

**OGGETTO**

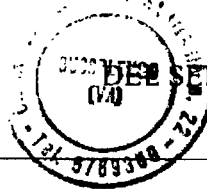
**D.G.R. N. 2122 DEL 19/11/2013. PIANO AZIENDALE 2014 - 2015  
OBIETTIVI E AZIONI ADEGUAMENTO DOTAZIONE ASSISTENZIALE  
OSPEDALIERA E TERRITORIALE.**

Proponente: Servizio Affari Generali



IL RESPONSABILE  
- Dr. Elmer Soffiati -

- ( ) - Si attesta che il costo è stato registrato nel Bilancio economico preventivo.  
(X) - Si attesta che il presente provvedimento non comporta costo.



IL RESPONSABILE  
DEL SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO  
- Dr.ssa Emanuela Ederle -

Copia della presente deliberazione viene pubblicata all'Albo per giorni 15 da oggi e  
trasmissa al Collegio Sindacale.

Bussolengo, li

**31 MAR 2014**

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI  
- Dr. Elmer Soffiati -



A

**Allegato alla dgr**  
**n. del**



**OGGETTO: D.G.R. N. 2122 DEL 19/11/2013. PIANO AZIENDALE 2014 - 2015 OBIETTIVI E AZIONI ADEGUAMENTO DOTAZIONE ASSISTENZIALE OSPEDALIERA E TERRITORIALE.**

Il sottoscritto DIRETTORE GENERALE

Il Direttore del Servizio Affari Generali rappresenta quanto segue:

"La L.R. n. 23/2012 e s.m.i ha dettato le nuove norme in materia di programmazione socio-sanitaria e ha approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, di seguito PSSR, che individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale per il quinquennio di riferimento, è reso operativo dai provvedimenti di attuazione nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali, assegnando alla Giunta Regionale il compito di adottare tali provvedimenti nel rispetto dell'iter procedimentale previsto dalla precitata legge.

Elementi salienti della predetta azione legislativa sono:

a) l'adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera, di cui alla L.R. n.39/1993 e s.m.i., ed all'art. 14 della L.R. n.5/1996 e s.m.i, alle disposizioni previste dal nuovo PSSR.

In particolare, le schede di dotazione ospedaliera:

- definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle Aziende sanitarie del Veneto e degli erogatori privati accreditati;
- indicano l'ammontare dei posti letto per aree omogenee (medica, chirurgica, materno-infantile, terapia intensiva e riabilitazione) e le unità operative autonome, specificando la tipologia di struttura in unità complessa (UOC) e semplice a valenza dipartimentale (USD) ed il setting ordinario, diurno o ambulatoriale, intendendosi per ordinario il ricovero organizzato sulle ventiquattro ore e oltre;

b) l'approvazione, contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera, delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie.

In particolare, le schede di dotazione territoriale riguardano:

- la programmazione dei Distretti socio-sanitari e la riorganizzazione delle Cure Primarie attraverso i nuovi team multiprofessionali (Medicine di Gruppo Integrate) e le Aggregazioni Funzionali Territoriali;

A  
**Allegato alla dgr**

**n. del**



- la programmazione dei posti letto delle strutture di ricovero intermedie;
- la rilevazione dell'offerta ricettiva dei centri di servizio per anziani.

In attuazione della predetta disposizione legislativa, la Giunta Regionale, con deliberazione n. 2122 del 19/11/2013, emanava indirizzi e criteri operativi per l'assetto territoriale che ciascuna Ulss dovrà implementare nel proprio ambito di riferimento e l'organizzazione della rete ospedaliera e del modello organizzativo di integrazione tra Ospedale e Territorio.

L'attuazione degli indirizzi previsti dalla predetta DGR 2122/13 prevede la formulazione di 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 il Piano aziendale deve prevedere l'adeguamento della dotazione ospedaliera, ivi compresa quella degli erogatori ospedalieri privati accreditati, che nell'Ulss 22 fa riferimento alla Casa di Cura Pederzoli di Peschiera del Garda, Casa di Cura Villa Garda e Ospedale Classificato Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar.

Il Piano aziendale inoltre deve prevedere l'adeguamento della dotazione 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).

Alla luce di quanto esposto è stato elaborato il Piano aziendale 2014 - 2015 inerente gli obiettivi e le azioni di adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera, sia pubblica che degli erogatori privati, e territoriale che, allegati al presente atto quale sua parte integrante, si sottopongono per l'approvazione" (allegato 1 e allegato 2).

Vista la Legge Regionale n. 56/1994 art.5, per quanto riguarda le modalità di coinvolgimento della Conferenza dei Sindaci in materia.

Considerato quanto contenuto nel Verbale dell'Esecutivo della Conferenza dei Sindaci dell'Ulss 22 del 26 novembre 2013 e nel verbale della Conferenza dei Sindaci del 04 febbraio 2014.

Vista la Deliberazione n. 25 del 31 gennaio 2014 con la quale è stata adottata la nuova proposta di Atto Aziendale;

A  
Allegato alla dgr  
n. del



Preso atto che il Responsabile del Servizio proponente, competente dell'istruzione della proposta di deliberazione in questione, ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica in relazione sia alla sua compatibilità con la vigente legislazione regionale e nazionale, sia alla sua conformità alle direttive aziendali impartite dalla Direzione Strategica.

Acquisito il parere del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore dei Servizi Sociali, a seconda della loro competenza,

D E L I B E R A

1. di adottare la proposta di Piano aziendale 2014 - 2015 inerente gli obiettivi e le azioni di adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera, sia pubblica che degli erogatori privati accreditati dell'Ulss 22 allegato al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante(allegato 1);
2. di adottare la proposta di Piano aziendale 2014 - 2015 inerente gli obiettivi e le azioni di adeguamento delle strutture di ricovero intermedie allegato al presente provvedimento che ne costituisce parte integrante(allegato 2);
3. di trasmetterli 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 e DGRV n. 2122 del 19/11/2013, alla Giunta Regionale;
4. di dare atto che l'adozione del presente provvedimento non comporta costi a carico del Bilancio.

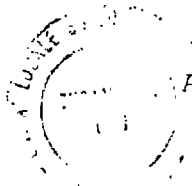
Pareri favorevoli per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario

Il Direttore dei Servizi Sociali  
e della Funzione Territoriale

IL DIRETTORE GENERALE  
Avv.to Alessandro Dall'Ora





A  
**Allegato alla dgr**

n. **del**

ALLEGATO ALLA DGR REGIONE V.P. **34** IN DATA



**Allegato I**

**Regione del Veneto**

**AZIENDA UNITÀ LOCALE  
SOCIO-SANITARIA N.22 Bussolengo**

# **PIANO AZIENDALE ATTUATIVO DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE**

**in attuazione della DGRV n. 2122 del 19.11.2013**

A  
**Allegato alla dgr**

Indice **n. del**



**1. Riferimenti al PSSR 2012 – 2016**

- 1.1 L'assistenza ospedaliera
- 1.2 Prestazioni di assistenza ospedaliera
- 1.3 Modelli organizzativi gestionali

**2. Attuazione della DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e la rete ospedaliera**

- 2.1 La previsione regionale
- 2.2 Le reti ospedaliere nella DGR n. 2122/2013
- 2.3 Le previsioni per l'ULSS22

**3. La pianificazione per il biennio 2014 – 2015**

- 3.1 La situazione attuale
- 3.2 Il ripristino funzionale dell'Ospedale Magalini di Villafranca
- 3.3 Le strutture private accreditate nell'Ulss 22
- 3.4 Gli obiettivi per il biennio 2014 – 2015
- 3.5 Le modalità di gestione
- 3.6 La misurazione delle performance

PAG. 6

A  
**Allegato alla dgr**  
**n. del**



**1. Riferimenti al PSSR 2012 – 2016**

1.1 L'assistenza ospedaliera

L'Ospedale viene identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la gestione della cronicità viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale: ciò richiede, da un lato, di rilanciare la funzione ospedaliera e, dall'altro, di consolidare un modello organizzativo efficace sul territorio.

L'Ospedale è l'articolazione dell'Azienda finalizzata ad assicurare nel proprio bacino territoriale l'erogazione dell'assistenza ospedaliera corrispondente ai livelli essenziali di assistenza stabiliti dalle norme nazionali e regionali, in modo unitario ed integrato con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari, in conformità alla programmazione sanitaria regionale, comprendendo anche attività di formazione e di ricerca.

La programmazione regionale prevede per l'esercizio della funzione ospedaliera in questa Azienda, un Presidio Ospedaliero unico di rete articolato sulle due sedi di Bussolengo e di Villafranca ed un Ospedale Nodo di Rete, Centro di Riferimento Nazionale per lo Studio e la Cura degli esiti tardivi della Poliomielite, sito a Malcesine.

Inoltre, afferiscono all'Azienda la Casa di Cura polispecialistica "dott. Pederzoli" e l'Ospedale Classificato "Sacro Cuore Don Calabria" ai quali, in ragione delle prestazioni ad elevato contenuto professionale e tecnologico erogate ed all'essere dotati di Pronto Soccorso, la programmazione regionale ha riconosciuto la funzione di "presidio ospedaliero".

Vi afferisce, altresì, la Casa di Cura "Villa Garda", struttura privata accreditata con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale.

Per dare risposta a tutti i potenziali e crescenti bisogni di salute e per una gestione ottimale delle cure e delle risorse, l'assistenza erogata in ambito ospedaliero va dunque inserita in un sistema di offerta strutturato secondo una logica di rete, che per il territorio dell'Azienda Ulss n. 22 deve coinvolgere anche le strutture private accreditate.

I criteri che sottendono all'idea progettuale delle reti ospedaliere si possono così definire:

- miglioramento dell'accesso alle cure per le prestazioni di bassa e media complessità;
- garanzia di una adeguata risposta al fabbisogno di cure ad alta ed altissima

A

# Allegato alla dgr



## n. del

- specializzazione, migliorando la qualità e la sicurezza delle prestazioni;
- riduzione o eliminazione delle duplicazioni e ridondanze nei servizi, in particolare in quelli ad elevata specializzazione e complessità;
- garanzia di una migliore allocazione delle tecnologie;
- promozione di un maggiore utilizzo delle grandi apparecchiature di diagnostica per immagini delle Aziende ULSS, Ospedaliere e IOV;
- valorizzazione delle vocazioni distintive o di eccellenza dei servizi sanitari al fine di (ri)allocare risorse integrative;
- promozione della crescita professionale e scientifica supportando gli scambi culturali tra i diversi punti della rete ospedaliera e territoriale.

### 1.2 Prestazioni di assistenza ospedaliera.

L'Ospedale viene identificato come luogo deputato alla cura dell'acuzie e dell'immediata post acuzie, mentre la gestione della cronicità viene affidata all'organizzazione dell'assistenza territoriale.

L'Ospedale assicura le prestazioni specialistiche in forma ambulatoriale, di day hospital, di day surgery e di ricovero secondo le caratteristiche di qualità/quantità specificate nei budget definiti per i singoli Dipartimenti/Unità Operative e per le funzioni previste dalla programmazione regionale.

Ciascuna prestazione deve essere fornita nella forma assistenziale che risulta più appropriata e deve essere destinata esclusivamente alle persone affette da condizioni patologiche - mediche e chirurgiche - in fase acuta e post-acuta che, per la loro complessità/intensità, non possono essere assistite, in modo ugualmente efficace ed efficiente, nell'ambito dei servizi territoriali.

L'attività nelle sedi ospedaliere deve avvenire il più possibile in modo integrato, evitando duplicazioni di prestazioni e di funzioni che non siano giustificate da economicità e tempestività. Deve essere favorito e perseguito al massimo l'utilizzo in comune delle risorse tecnologiche e di personale, con particolare riferimento alla logica dipartimentale.

L'Ospedale per acuti è definito come la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero relative a pazienti con patologie in fase acuta o nell'immediata fase post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure.

Nell'Ospedale per acuti vengono collocate anche attività di riabilitazione e le attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello, la cui erogazione sia legata o ad attività di monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o ad esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità.

Per garantire sicurezza e qualità delle prestazioni, continuità dell'assistenza e sostenibilità economica, si intende definire un modello di rete ospedaliera





## n. del

strutturato su due livelli in base a:

- intensità e complessità delle cure erogate;
- presenza e tipologia di specialità e di funzioni di emergenza;
- ruolo svolto nella ricerca, nello sviluppo dell'innovazione e nella formazione del personale del SSSR.

Di seguito si definiscono i due livelli a seconda delle funzioni da garantire all'interno della rete.

Ospedali di riferimento provinciale. Devono disporre di specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento, prevedere la presenza di alte specialità per un territorio più ampio, costituendo centri *hub* a livello sovra-aziendale.

Le Aziende Ospedaliere di Verona e di Padova, oltre ad essere hub per le province di riferimento, costituiscono centri di riferimento regionale per alcune funzioni (es. per l'emergenza neonatale, ustioni, trapianti, chirurgia oncologica) determinate dalla programmazione regionale, nonché rappresentano centri di eccellenza e devono essere punti di riferimento a livello nazionale.

Le alte specialità e le alte tecnologie saranno allocate con riferimento ad un bacino di circa 1.000.000 di abitanti, valutando le aree a bassa densità abitativa. Sarà garantito a livello provinciale un servizio di emodinamica h24.

Presidi ospedalieri di rete con bacino di circa 200.000 abitanti, tenuto conto delle aree a bassa densità abitativa. Hanno dotazione minima composta da pronto soccorso e specialità di base e di media complessità (chirurgia generale, medicina interna, oncologia, cardiologia con utic, ostetricia-ginecologia, pediatria, ortopedia, terapia intensiva, neurologia, urologia, psichiatria, geriatria), servizi di diagnosi e cura (laboratorio, anatomia patologica, radiologia, dialisi) assicurati in "rete" con il precedente livello, costituendo centri *spoke*. Saranno, inoltre, previsti posti letto di gastroenterologia dedicati alle urgenze.

Le specialità di otorinolaringoiatria e di oculistica avranno di norma dimensione sovraziendale.

Il presidio ospedaliero può articolarsi su più sedi, come è il caso dell'Azienda Ulss 22, all'interno del presidio ospedaliero di una Azienda ULSS ci dovrà essere almeno una struttura preposta a gestire l'emergenza con adeguate modalità e dotazioni organiche.

Gli ambiti di integrazione tra i due livelli riguardano principalmente la gestione della rete di emergenza-urgenza, l'erogazione di prestazioni specialistiche a vario grado di complessità in un contesto di reti cliniche, con particolare attenzione ad una efficiente organizzazione del rientro nella struttura di riferimento.

Gli ambiti di integrazione Ospedale-Territorio devono essere sviluppati anche



**n. del**

favorendo l'integrazione con il livello di assistenza intermedia ed i collegamenti funzionali con le strutture residenziali e con la medicina di famiglia, al fine di garantire una corretta presa in carico del paziente.

### 1.3 Modelli organizzativi gestionali

Nell'ambito dell'attività di ricovero ordinario vengono garantite le prestazioni assistenziali ai soggetti che, in presenza di problemi o patologie acute, necessitano di assistenza medico-infermieristica prolungata nel corso della giornata, osservazione infermieristica per 24 ore e immediata accessibilità alle prestazioni cliniche, strumentali e tecnologiche ai fini dell'inquadramento diagnostico, della terapia o di specifici controlli clinici e strumentali.

E' obiettivo dell'Ospedale la riconduzione dell'uso della funzione di ricovero ordinario a criteri di appropriatezza e di uso ottimale delle risorse, al fine di consentire un migliore utilizzo dei propri servizi agli assistiti.

A tal fine opera per ricondurre la quota di utilizzo improprio del ricovero ordinario a forme più agili dal punto di vista organizzativo, specialmente di tipo ambulatoriale, secondo modelli integrativi facilitanti quali il Day Service Ambulatoriale.

Si impegna, altresì, al mantenimento del tasso di ospedalizzazione sotto il valore di 140 per mille residenti, nel rispetto delle indicazioni regionali sulla riduzione dei ricoveri previsti.

All'interno dell'Azienda, la funzione di Presidio ospedaliero per acuti può essere garantita su più sedi, come è il caso dell'Ulss 22, che però devono rispondere a requisiti minimi di sicurezza ed a standard assistenziali ed organizzativi in conformità alla L.R. n. 22/2002, garantendo volumi di attività adeguati.

Si individuano i seguenti indirizzi strategici:

- L'attività di degenza va gradualmente organizzata in forma dipartimentale tenendo conto dell'intensità dell'assistenza e dell'intensità di cura.
- Lo sviluppo e l'estensione di nuovi modelli di organizzazione delle degenze basati su moduli dedicati all'assistenza diurna e settimanale (week surgery) per alcune discipline chirurgiche. Questa riconversione produttiva induce al contempo un aumento della complessità assistenziale e della gravità clinica dei pazienti ricoverati in regime ordinario, richiedendo modificazioni nelle competenze di tutti i professionisti, cambiamenti significativi nell'organizzazione del lavoro, modificazioni del ruolo delle diverse professionalità e specializzazioni professionali.
- Il consolidamento del percorso già avviato di trasferimento di prestazioni dal regime di ricovero al regime ambulatoriale, nonché lo sviluppo di



n. del

modelli organizzativi specifici per l'erogazione di attività ambulatoriali complesse, basati su moduli di day service.

Il Day Service Ambulatoriale rappresenta un innovativo modello organizzativo ed operativo, che può essere attuato in ambito ospedaliero e in strutture extraospedaliere ambulatoriali. Nel Day Service Ambulatoriale vengono svolte attività cliniche multidisciplinari di tipo diagnostico e terapeutico che necessitano di prestazioni integrate.

Le attività svolte in regime di Day Service Ambulatoriale presuppongono:

- la presenza contemporanea, nella struttura, di più specialisti per assicurare una risposta multidisciplinare al problema clinico del paziente;
- l'effettuazione di atti medici o di indagini diagnostiche e/o interventi terapeutici complessi appartenenti a varie discipline specialistiche, con la necessità di una presa in carico unitaria da parte dello specialista che gestisce il caso clinico;
- la formulazione tempestiva di una diagnosi o l'esecuzione di una terapia con un limitato numero di accessi.

Day hospital.

Il Day Hospital è un modello organizzativo per l'erogazione di prestazioni assistenziali programmate, appartenenti a branche specialistiche diverse, volte ad affrontare patologie o problemi acuti che richiedono inquadramento diagnostico, terapia, accertamenti clinici, diagnostici o strumentali, nonché assistenza medico infermieristica prolungata, non eseguibili in ambulatorio. Al fine di limitare il potenziale uso sostitutivo dell'attività ambulatoriale, l'Ospedale aderisce alle indicazioni regionali sulla tipologia delle attività erogabili in Day Service e definisce specifiche modalità organizzative per le prestazioni ambulatoriali complesse e plurispecialistiche suscettibili di essere erogate in questa forma.

Day surgery.

Il day surgery è un modello organizzativo dell'attività chirurgica limitato a quelle attività che possono essere condotte efficacemente e in sicurezza senza ricovero post-operatorio successivo e, comunque, secondo le regole fissate dalle norme regionali e dalle linee guida delle società scientifiche, sia relativamente alle attività chirurgiche eleggibili, sia alle modalità di esecuzione. Le attività di day surgery suscettibili, mediante modificazioni organizzative, di essere trasformate in attività ambulatoriali, verranno assicurate mantenendo un identico livello di sicurezza e soddisfazione del paziente.

Week surgery.

Il modello di Week surgery prevede la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa, di effettuare interventi chirurgici programmati che prevedono la dimissione dei pazienti entro la giornata di Venerdì. I ricoveri vengono effettuati su posti letto dedicati che vengono formalmente disattivati

**n. del**



nel corso del fine settimana e dei giorni festivi. Tale modello organizzativo assistenziale è applicabile ad un'ampia gamma di attività chirurgiche che hanno come caratteristica comune quella di non prevedere la prosecuzione della degenza nei giorni di sabato, domenica e negli altri giorni festivi; pertanto tutta l'attività chirurgica programata può essere riorganizzata con una diversificazione dei pazienti secondo le varie modalità assistenziali (chirurgia ambulatoriale, day surgery, week surgery, chirurgia in regime ordinario).

Il Presidio ospedaliero, a prescindere dal numero di sedi, è diretto da un Direttore Medico, unico responsabile organizzativo-funzionale dell'intera funzione ospedaliera, il quale è nominato dal Direttore Generale con proprio provvedimento e risponde alla Direzione Generale delle risorse e degli obiettivi assegnati. Più in dettaglio tale dirigente:

- è responsabile dell'intera funzione ospedaliera;
- garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Presidio ospedaliero;
- persegue gli obiettivi di risultato e di attività negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale mediante le risorse assegnate. Con la medesima metodologia definisce attività, risultati e risorse con le strutture dipartimentali afferenti;
- garantisce la migliore funzionalità dei servizi ospedalieri, favorisce un'adeguata assistenza ospedaliera alle persone nonché la continuità dell'assistenza, operando in stretta interrelazione con il Direttore della funzione territoriale e con il Direttore del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla Direzione Aziendale e del budget attribuito alla struttura ospedaliera.

Il Direttore nominato, ai sensi delle procedure previste dall'art. 15 septies D.Lgs. n. 229/1999 e nel rispetto dei requisiti previsti dall'art. 5 del DPR n. 484/1997, rimane in carica tre anni, comunque non oltre i tre mesi dalla cessazione del mandato del Direttore Generale.

## **2. Attuazione della DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e la rete ospedaliera**

### **2.1 La previsione regionale**

Quando si fa riferimento all'attuale dotazione della rete ospedaliera, bisogna tener conto che risale oramai alla DGR n. 3223/2002 che non è più rispondente agli attuali bisogni della popolazione che vive nella Regione Veneto ed agli standard della nuova programmazione regionale.

Inoltre la legge 7 agosto 2012, n. 135 (c.d. "spending review"), stabilisce come standard nazionale una dotazione di posti letto ospedalieri pari a 3,7 per mille abitanti, di cui lo 0,7 per la riabilitazione.

Vi è stata di conseguenza una riorganizzazione complessiva, a livello regionale, del numero dei posti letto ospedalieri, finalizzata ad un adeguamento sostanziale allo standard regionale di dotazione previsto dal PSSR pari a 3 posti letto per mille abitanti per acuti ed a 0,5 posti letto per mille abitanti per l'area della riabilitazione.

# A Allegato alla dgr



n. del

La DGR n. 3223/2002 prevedeva una dotazione complessiva di posti letto, sia pubblici che privati accreditati - comprensiva delle sperimentazioni gestionali e con l'esclusione dei posti letto dei privati accreditati dedicati all'attività per pazienti extraregione - pari a 21.025 (18.106 pubblici e 3.019 privati accreditati). Nell'anno 2011 il numero complessivo dei posti letto utilizzati è stato pari a 19.021 corrispondenti a 3,85 posti letto per mille abitanti. Il tasso di ospedalizzazione nel periodo 2006-2009 è diminuito da 174‰ a 154‰ e nell'anno 2011 è stato pari a 144,2‰, registrando un tasso di occupazione per i ricoveri pari a 84% ed una degenza media di 7,5 giorni. Inoltre gli ultimi dati disponibili indicano, per il 2012, un numero di posti letto utilizzati in ulteriore calo, pari a 18.667.

Per superare gli aspetti critici ancora presenti nel territorio della Regione Veneto e per garantire la necessaria coerenza dell'azione amministrativa con gli obiettivi indicati dal PSSR, la riorganizzazione della dotazione ospedaliera, oltre che dei profili demografici ed epidemiologici della popolazione ha tenuto conto dei seguenti criteri:

- le indicazioni per la strutturazione della rete ospedaliera presenti nei livelli indicati dal PSSR;
- adeguamento tendenziale del numero di posti letto ai precitati standard regionali;
- contenimento dei tassi di ospedalizzazione a valori inferiori al 140‰;
- tasso di occupazione per i ricoveri del 90% e degenza media dei ricoveri non superiore a 6 giorni;
- esigenza di ridurre il fenomeno della mobilità passiva;
- evoluzione delle tecnologie biomediche e della pratica clinica;
- consolidamento del processo, già avviato, di revisione del sistema di erogazione che consente di effettuare le prestazioni nel regime più appropriato (da ricovero ordinario a diurno ed ambulatoriale) e di sviluppare ulteriormente modelli organizzativi innovativi, quali la *week surgery* ed il *day service*;
- esigenza di riorganizzare la rete di assistenza ostetrico-neonatale;
- organizzazione dell'attività di ricovero in forma dipartimentale, modulata per intensità dell'assistenza ed intensità di cura, nel rispetto di un utilizzo ottimale delle risorse, secondo criteri di efficienza operativa.

La programmazione regionale, attraverso la proposta della nuova dotazione ospedaliera si è posta l'obiettivo di sostenere e consolidare il processo di riorganizzazione e miglioramento nel prossimo biennio, con una dotazione complessiva pubblica e privata accreditata pari a 17.448 posti letto per l'assistenza ospedaliera a favore di pazienti residenti nella Regione del Veneto. La completa attuazione della programmazione regionale comporterà una riduzione complessiva di 3.577 posti letto rispetto alla programmazione di cui alla DGR n. 3223/2002 e di 1.219 posti letto rispetto ai 18.667 attivi nell'anno 2012.

Per quanto riguarda l'area medica, la riduzione dei posti letto dovrà essere comunque concomitante allo sviluppo delle strutture di ricovero intermedie, così come meglio specificato nella parte dedicata all'assistenza territoriale.



La riduzione di posti letto per l'area chirurgica è resa possibile grazie alla trasferibilità di un considerevole volume di attività in regimi assistenziali diversi, quali quello ambulatoriale e di day surgery da un più razionale utilizzo delle sale operatorie, ferma restando la garanzia di un'adeguata assistenza in tale area.

L'area Materno-Infantile è caratterizzata da una eccessiva parcellizzazione tanto che nell'anno 2011 si è registrato a livello regionale un tasso di occupazione medio del 43,2 % dei posti letto delle Unità Operative di Pediatria. La programmazione regionale, quindi, per quest'area ha previsto una dotazione di posti letto pari a 1.923, con una diminuzione rispetto all'attuale dotazione di 151 posti letto, organizzati nelle singole Aziende secondo il modello dipartimentale che consente una maggiore rotazione del personale tra le varie sedi aziendali. Sono stati inoltre chiaramente identificati i posti letto per la Patologia Neonatale. Per l'area riabilitativa, tenendo conto della presenza di strutture specializzate pubbliche o private e dell'integrazione con la rete riabilitativa territoriale delineata nelle schede di dotazione territoriale, l'attribuzione dei posti letto viene effettuata con l'obiettivo di sostenere la realizzazione di poli riabilitativi a valenza sovra aziendale, collegati alla rete ospedaliera e territoriale, superando quindi, attraverso l'istituzione dei Dipartimenti funzionali di riabilitazione ospedale-territorio, l'attuale eccessiva parcellizzazione.

*Secondo il PSSR, gli Ospedali privati accreditati, presenti nel territorio dell'Ulss 22, sono chiamati ad essere supporto del sistema, condividendone i principi quali la trasparenza, lo sviluppo della qualità intesa come effettivo miglioramento del processo assistenziale, la ricerca dell'appropriatezza, lo sviluppo di indicatori di appropriatezza clinica ed organizzativa, l'implementazione di una rete complessiva di accesso alle prestazioni.*

## 2.2 Le reti ospedaliere nella DGR n. 2122/2013 .

La rete emergenza ed urgenza territoriale ed ospedaliera. Il sistema dell'emergenza sanitaria SUEM 118 è stato revisionato in considerazione della necessità di garantire il trasporto diretto dal luogo dell'evento all'ospedale più adeguato secondo i criteri previsti dai protocolli derivanti dall'istituzione delle reti cliniche per la gestione dell'emergenza/urgenza nonché dall'esigenza di continuare a garantire il soccorso ed il trasporto tempestivo nelle aree interessate dalla ristrutturazione della rete ospedaliera.

### Le reti cliniche.

Le Reti cliniche sono funzionali al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza del sistema e consentono l'assistenza integrata in termini multidisciplinari, la differenziazione dei contributi professionali, la maggior equità di accesso ai servizi e a cure qualificate, la centralizzazione del paziente nel percorso di cura, e allo stesso tempo, garantendo economie di scala, la condivisione dei costi di ricerca e sviluppo e la maggior circolazione delle informazioni.

A livello regionale sono state previste le seguenti reti cliniche:

# A

## Allegato alla dg<sup>o</sup>



### n. del

- La rete per la gestione delle sindromi coronariche acute
- La rete integrata per la gestione e il trattamento dell'ictus in fase acuta
- La rete per la gestione dell'emergenza ed urgenza neonatale e pediatrica
- Le Unità Operative di Chirurgia specialistica: presenti negli ospedali hub (es. Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Chirurgia Toracica, Chirurgia Plastica, ecc.)
- Le Unità Operative di Malattie infettive
- Le patologie dell'apparato gastroenterico
- Le patologie dell'apparato respiratorio
- L'assistenza riabilitativa
- La Rete Oncologica Veneta
- Diagnostica per immagini
- La diagnostica di laboratorio
- L'Anatomia Patologica
- La rete per le donazioni e i trapianti di organi e tessuti
- La Medicina trasfusionale.

### 2.3 Le previsioni per l'ULSS 22

Alla luce dei principi e dei criteri esposti nella DGRV n. 2122/2013 e in conformità con quanto previsto dalla L.R. n. 23/2012, sono state elaborate le schede di dotazione ospedaliera, sia degli erogatori pubblici che degli erogatori privati accreditati.

Nella scheda redatta per ciascun singolo ospedale pubblico sono stati indicati:

- la qualifica dell'ospedale nella rete, secondo il modello regionale *hub and spoke*;
- le funzioni per ciascuna area omogenea;
- per ogni singola funzione, il numero di apicalità (UOC) e/o l'istituzione di Unità Semplici a valenza Dipartimentale (USD);
- il setting assistenziale qualora lo stesso sia esclusivamente volto a determinare se l'attività viene svolta nei seguenti regimi: *week surgery*, diurno, ambulatoriale;
- l'ammontare dei posti letto per ciascuna funzione e per area omogenea.

Con riferimento all'Azienda ULSS 22, le schede di dotazione ospedaliera di cui alla DGRV n. 2122/2013 prevedono quanto segue:

## 3. La PIANIFICAZIONE PER IL BIENNIO 2014 - 2015

### 3.1 La situazione attuale

L'attuale assetto della rete ospedaliera dell'ULSS 22, costituito dal presidio ospedaliero di rete su due sedi, Bussolengo e Villafranca, dall'ospedale nodo di rete monospecialistico riabilitativo di Malcesine e la struttura a vocazione territoriale di Isola della Scala, è il seguente:

n. del



Azienda Ulss 22 - PIANO AZIENDALE Presidio Ospedaliero di rete su 2 sedi Sede di Bussolengo

situazione attuale				previsione ed attuazione DGR 2122/2013										
cod	funzione	attività *	posti letto	apicalità previste**	USD previste	data disattivazione. Entro il:	cod	funzione	attività *	posti letto	apicalità previste**	USD	data adeguamento o attivazione. Entro il:	note ***
8	Cardiologia		6	1			8	Cardiologia		6	1			
58	Gastroenterologia						58	Gastroenterologia				1	31.12.2014	
21	Geriatra		16	1		p.i 31.12.2014	21	Geriatra		15	1		apicalità 31.12.2014	
26	Medicina Generale	diabetologia - endocrinologia - osteoporosi -	13	1			26	Medicina Generale	diabetologia - endocrinologia -	15			p.i 31.12.2014	apicalità a Villafranca
64	Oncologia						64	Oncologia					entro 180 giorni dalla consegna dell'immobile	trasferita a Villafranca
29	Nefrologia		0	0			29	Nefrologia		6	1		p.i. + apicalità 31.12.2015	
32	Neurologia		0	1			32	Neurologia		5	1		p.i. + apicalità 31.12.2015	con Centro per il decadimento cognitivo
68	Pneumologia		19	1		p.i 31.12.2014	68	Pneumologia		10	1		apicalità 31.12.2014	
40	Psichiatria		14	1		p.i trasferiti da Caprino il 18/01/2014	40	Psichiatria		24			p.i 31.12.2015 contemporaneamente disattivazione Isola della Scala	apicalità in ambito territoriale



n. del



situazione attuale				previsione ed attuazione DGR 2122/2013			
cod	funzione	attività *	post letto	apicalità previste**	USD	data adeguamento o attivazione. Entro il:	note ***
9	Chirurgia generale	con 10 p.l. di attività dS multidisciplinare	19	1		p.l. ws 31 12.2015	p.l. trasferiti a Villafranca
34	Occhistica		2			entro 180 giorni dalla consegna dell'immobile	trasferimento a Villafranca
36	Ortopedia e Traumatologia		20	1		entro 180 giorni dalla consegna dell'immobile	trasferimento a Villafranca
38	Otorinolaringoiatria		10	1		entro 180 giorni dalla consegna dell'immobile	trasferimento a Villafranca
37	Ostetricia e Ginecologia		18	1		entro 180 giorni dalla consegna dell'immobile	trasferimento a Villafranca
39	Pediatria	con culle di patologia neonatale	10	1		entro 180 giorni dalla consegna dell'immobile	trasferimento a Villafranca
82	Anestesia e Rianimazione	con 6 p.l. di terapia intensiva		1			apicalità condivisa con l'Ospedale di Villafranca
S_01	Accettazione e Pronto Soccorso			1			apicalità condivisa con l'Ospedale di Villafranca

n. del



previsione ed attuazione DGR 2122/2013														
situazione attuale														
cod	funzione	attività *	postli letto	apicalità previste**	USD previste	data disattivazione. Entro il:	cod	funzione	attività *	postli letto	apicalità previste**	USD	data adeguamento o attivazione. Entro il:	note ***
S_03	Anatomia ed Istologia Patologica						S_03	Anatomia ed Istologia Patologica						Attività garantita in ambito aziendale
S_04	Direzione Medica			1			S_04	Direzione Medica			1			
S_06	Laboratorio Analisi						S_06	Laboratorio Analisi	TAO			1	31.12.2014	
S_07	Medicina trasfusionale			1			S_07	Medicina trasfusionale			1			attività coordinata e garantita dai DIMT dell'AOUI di Verona
S_05	Farmacia			1										apicalità condivisa con Villafranca
69	Radiologia			1										apicalità condivisa con Villafranca
60	Lungodegenti		0	0			60	Lungodegenti		15			p.l. 31.12.2015	

\* l'attività è collegata ad una funzione:

\*\* se sono previste più di una apicalità per una stessa funzione indicarle per ogni singola UOC

\*\*\* la colonna note va utilizzata anche per indicare in quale regime l'attività dell'area chirurgica viene erogata nel rispetto di quanto stabilito dalla DGR 2122/2013

n. del



Azienda Uiss 22 PIANO AZIENDALE Presidio Ospedaliero di rete su 2 sedi Sede di Villafranca

previsione ed attuazione DGR 2122/2013															
situazione attuale					data disattivazione					data adeguamento o attivazione. Entro il:					
cod	funzione	attività *	post letto	apicalità previste**	USD previste	cod	funzione	attività *	post letto	apicalità previste**	USD	post letto	apicalità previste**	USD	note ***
26	Medicina Generale	diabetologia- endocrinologia- centro per l'ipertensione	20	1		26	Medicina Generale	diabetologia- endocrinologia- centro per l'ipertensione	20	1		20	1		
64	Oncologia		0			64	Oncologia		5			5			trasferimento da Bussolengo
9	Chirurgia generale	DS multidisciplinare	8			9	Chirurgia generale		40	1		40	1		trasferimento da Isola d/Scala trasferimento da Bussolengo
34	Oculistica					34	Oculistica		6			6			trasferimento da Bussolengo
36	Ortopedia e Traumatologia					36	Ortopedia e Traumatologia		30	1		30	1		trasferimento da Bussolengo
38	Otorinolaringoiatria					38	Otorinolaringoiatria		8	1		8	1		trasferimento da Bussolengo
43	Urologia					43	Urologia		16	1		16	1		trasferimento da Isola d/Scala
37	Ostetricia e Ginecologia		0			37	Ostetricia e Ginecologia		20	1		20	1		trasferimento da Bussolengo
39	Pediatria		0			39	Pediatria		10	1		10	1		trasferimento da Bussolengo
						62	Patologia Neonatale		5			5			trasferimento da Bussolengo

n. del



previsione ed attuazione DGR 2122/2013														
situazione attuale														
cod	funzione	attività *	post letto	apicalità previste**	USD previste	data disattivazione. Entro il:	cod	funzione	attività *	post letto	apicalità previste**	USD	data adeguamento o consegna dell'immobile. Entro il:	note ***
							82	anestesia e Rianimazione			1			apicalità condivisa con l'Ospedale di Bussolengo
							49	Posti letto di Terapia intensiva		10			p.l. entro 180 giorni dalla consegna dell'immobile	trasferimento da Bussolengo
							S_01	Accettazione e Pronto Soccorso	con posti letto tecnici di OBI		1			apicalità condivisa con l'Ospedale di Bussolengo
							S_03	Anatomia ed Istologia Patologica				1	usd 31.12.2014	Attività garantita in ambito aziendale
							S_04	Direzione Medica						Attività garantita in ambito aziendale
							S_05	Farmacia			1		31.12.2015	apicalità condivisa con Bussolengo
							S_06	Laboratorio Analisi						Attività garantita in ambito aziendale
							69	Radiologia			1		apicalità 31.12.2014	
							56	Recupero e Riabilitazione Funzionale		24			p.l. 31.12.2015	

\* l'attività è collegata ad una funzione; \*\* se sono previste più di una apicalità per una stessa funzione indicare per ogni singola UOC; \*\*\* la colonna note va utilizzata anche per indicare in quale regime l'attività dell'area chirurgica viene erogata nel rispetto di quanto stabilito dalla DGR 2122/2013



Azienda Ulss 22 PIANO AZIENDALE Sede di Malcesine-Ospedale Nodo di Rete Monospecialistico Riabilitativo

n. del

situazione attuale				previsione ed attuazione DGR 2122/2013										
cod	funzione	attività *	posti letto	apicalità previste**	USD	data disattivazione. Entro il:	cod	funzione	attività *	posti letto	apicalità previste**	USD	data adeguamento o attivazione. Entro il:	note ***
56	Recupero e Riabilitazione Funzionale		60	1		31 12 2015 contestuali attivazione ODC Isola della Scala	56	Recupero e Riabilitazione Funzionale	Con attività di riabilitazione ortopedica e cardiologica	50	1			Centro di riferimento nazionale per lo studio e la cura della poliomielite
							56	Recupero e Riabilitazione Funzionale	Con attività di riabilitazione ortopedica e cardiologica	30			31 12 2015	posti per pazienti extraregione
S_15	Punto di Primo intervento						S_15	Punto di Primo intervento						PPI di tipo B

\* l'attività e collegata ad una funzione  
 \*\* se sono previste più di una apicalità per una stessa funzione indicarle per ogni singola UOC  
 \*\*\* la colonna note va utilizzata anche per indicare in quale regime l'attività dell'area chirurgica viene erogata nel rispetto di quanto stabilito dalla DGR 2122/2013

n. del

Sede di Isola della Scala

Struttura a vocazione territoriale °°

Azienda Ulss 22 PIANO AZIENDALE

situazione attuale						previsione ed attuazione DGR 2122/2013							
cod	funzione	attività *	posti letto	apicalità previste**	USD previste	cod	funzione	attività *	posti letto	apicalità previste**	USD	data adeguamento o attivazione. Entro il:	note ***
9	Chirurgia Generale		16	0		9	Chirurgia Generale		0				
43	Urologia		12	1		43	Urologia		0				trasferimento a Villafranca
40	Psichiatria		10			40	Psichiatria		0				apicalità in ambito territoriale p.I da trasferire a Bussolengo
S_01	Accettazione e Pronto Soccorso					S_15	Punto di Primo intervento					31.12.2014	PPI di tipo B
82	Anestesia e Rianimazione												cessazione della funzione al venir meno della Chirurgia e Urologia presso la sede di Isola della Scala

°° Con attività ambulatoriale polispecialistica. Attivazione di 50 posti letto di Ospedale di Comunità entro 31/12/2015

\* l'attività è collegata ad una funzione

\*\* se sono previste più di una apicalità per una stessa funzione indicarle per ogni singola UOC

\*\*\* la colonna note va utilizzata anche per indicare in quale regime l'attività dell'area chirurgica viene erogata nel rispetto di quanto stabilito dalla DGR 2122/2013





### 3.2 Il ripristino funzionale dell'Ospedale Magalini di Villafranca

Con ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n. 3349 del 16/04/2004 è stato nominato un Commissario delegato per il ripristino funzionale dell'Ospedale "Magalini" di Villafranca a seguito della necessità di riportare a funzionalità la struttura ospedaliera interessata dall'incendio del marzo 2003.

È tutt'ora in corso la realizzazione di un nuovo corpo di fabbrica, denominato "corpo quintuplo", la cui consegna è prevista per la primavera dell'anno 2015. Tale fabbricato si compone di sei piani: interrato, rialzato, primo, secondo, terzo e quarto ed in esso verranno collocate le U.O. così come previsto dalla nuova programmazione regionale contenuta nella DGRV 2221 del 19/11/2013.

L'Ospedale è parte del "presidio Ospedaliero di rete su due sedi dell'Ulss 22", e ospiterà la maggior parte delle unità operative chirurgiche che svolgeranno attività di degenza ordinaria e di Day Surgery : Chirurgia Generale con 40 p.l., Oculistica con 6 p.l., Ortopedia e Traumatologia con 30 p.l., ORL con 8 p.l., Urologia con 16 p.l. .

Inoltre troverà spazio nella nuova struttura anche l'Area Materno Infantile con l'U.O. di Pediatria (10 p.l.) e la patologia Neonatale (5 p.l.), e anche l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia con un ampio ed innovativo spazio legato al travaglio ed al parto.

La nuova area all' Urgenza ed Emergenza, comprensiva del Pronto Soccorso e della Terapia Intensiva, avrà percorsi facilitati di integrazione con i Servizi (Laboratorio, Radiologia, Immunotrasfusionale) e con l'area delle sale operatorie, nonché un'eliporto sulla superficie superiore della struttura ospedaliera.

L'area internistica comprenderà 20 p.l. di medicina interna e 5 p.l. di oncologia, che andranno ad integrarsi con un'area poliambulatoriale nella quale saranno presenti specialisti afferenti a tutte le branche internistiche che (cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, neurologia, ecc..).

Si amplierà l'area dedicata alla riabilitazione e rieducazione funzionale sia per i degenti, i p.l. aumenteranno a 24, sia per gli esterni con nuovi spazi dedicati alle palestre.

Il trasferimento dei reparti da Bussolengo e Isola della Scala a Villafranca verrà comunque completato entro 180 giorni successivi alla consegna dell'immobile.

### 3.3 Le strutture private accreditate nell'Ulss 22

La rete ospedaliera presente nell'Ulss 22 si completa con la presenza delle seguenti strutture private accreditate:

- l'ospedale classificato ex L.132/68 – Presidio Ospedaliero Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar dotato di 442 posti letto per acuti a cui si aggiungono 66 posti letto per pazienti extraregione;
- la struttura privata accreditata con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale -Presidio

A  
**Allegato alla dgr**

**n. del**



Ospedaliero Casa di Cura Pederzoli di Peschiera del Garda dotata di 224 posti letto per acuti a cui si aggiungono 34 posti letto per pazienti extraregione;

- la struttura privata accreditata con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale – Casa di Cura Villa Garda dotata di 69 posti letto per la riabilitazione nutrizionale e cardiovascolare a cui si aggiungono 10 posti letto per pazienti extraregione.

L'attuale assetto della rete ospedaliera privata accreditata nel territorio dell'Ulss22 è il seguente:





Ospedale Classificato ex L. 132/68  
 Presidio Ospedaliero  
 Via Don Angelo Sempreboni, 5 37024 Negrar (VR)

situazione attuale										previsione ed attuazione DGR 2122/2013									
cod	funzione	attività	post letto	epicalità prevista	USD previsto	data disattivazione	cod	funzione	attività	post letto	epicalità prevista	USD	data adeguamento o attivazione	note					
<b>AREA MEDICA</b>																			
8	Cardiologia	Emodinamica con Cardiologia interventistica				31/12/2014	8	Cardiologia	Emodinamica interventistica	15			31/12/2014	Centro Hub (H24) di riferimento					
8	Cardiologia					31/12/2014	8	Cardiologia					31/12/2014						
24	Centro Malattie Tropicali					31/12/2014	24	Malattie infettive		10			31/12/2014	Centro di Riferimento Regionale per le Malattie Tropicali					
58	Gastroenterologia	Alcolologia				31/12/2014	58	Gastroenterologia	Alcolologia	13			31/12/2014						
58	Gastroenterologia	Endoscopia digestiva				31/12/2014	58	Gastroenterologia	Endoscopia digestiva				31/12/2014						
								Gastroenterologia	Malattie infiammatorie croniche				31/12/2014						
21	Geriatra					31/12/2014	21	Geriatra		25			31/12/2014						
26	Medicina Generale					31/12/2014	26	Medicina Generale		40			31/12/2014						
							26	Medicina Generale	Endocrinologia				31/12/2014						
								Medicina Generale	Malattie Metaboliche				31/12/2014						
								Medicina Generale	Reumatologia				31/12/2014						
32	Neurologia					31/12/2014	32	Neurologia	Unità Ictus di 1° livello	13			31/12/2014						
64	Oncologia					31/12/2014	64	Oncologia		16			31/12/2014						
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>										<b>165</b>			<b>132</b>						
<b>AREA RIABILITATIVA</b>																			
60	Lungopolenza					31/12/2014	60	Lungopolenza		10			31/12/2014						
56	Medicina fisica e riabilitazione					31/12/2014	56	Ricupero e Riabilitazione Funzionale		30			31/12/2014						
28	Riabilitazione intensiva					31/12/2014	28	Unità Spinale		38			31/12/2014						
<b>TOTALE AREA RIABILITATIVA</b>										<b>80</b>			<b>79</b>						



<b>AREA PEDIATRICA</b>									
9	Chirurgia Generale			9	Chirurgia Generale			50	31/12/2014
9	Chirurgia Generale	Odontoiatria		9	Chirurgia Generale	Odontoiatria			31/12/2014
9	Chirurgia Generale	Chirurgia Plastica		9	Chirurgia Generale	Chirurgia Plastica			31/12/2014
				9	Chirurgia Generale	Chirurgia Toracica			31/12/2014
				9	Chirurgia Generale	Chirurgia Ratto-Intestinale			31/12/2014
14	Chirurgia Vascolare		14	Chirurgia Vascolare			10	31/12/2014	
34	Oculistica		34	Oculistica			12	31/12/2014	
36	Ortopedia e Traumatologia		36	Ortopedia e Traumatologia			60	31/12/2014	
38	Otorinolaringoiatria		38	Otorinolaringoiatria			10	31/12/2014	
43	Urologia		43	Urologia			20	31/12/2014	
<b>TOTALE AREA RIABILITATIVA</b>			150				162		
<b>AREA MATERNO-INFANTILE</b>									
37	Obstetrica e Ginecologia		37	Obstetrica e Ginecologia			35	31/12/2014	
			37	Obstetrica e Ginecologia	Procreazione Medicalmente Assistita			31/12/2014	
39	Pediatria		39	Pediatria			22	31/12/2014	
			39	Pediatria	Patologia Neonatale			31/12/2014	
<b>TOTALE AREA MATERNO-INFANTILE</b>			55				57		
<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>									
49	Posti letto Terapia Intensiva		49	Posti letto di Terapia Intensiva			8	31/12/2014	Ulteriori posti letto a disposizione del SUEM
			49	Posti letto di Terapia Intensiva	Terapia del Dolore e Cure Palliative			31/12/2014	
			50	Posti letto di Terapia Intensiva			4	31/12/2014	
<b>TOTALE AREA TERAPIA INTENSIVA</b>			15				12		
<b>TOTALE STRUTTURA</b>			450				442		
<b>AREA SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>									
	Accettazione e Pronto Soccorso			31/12/2014	Accettazione e Pronto Soccorso			31/12/2014	Con posti letto tecnici di OBI
	Dietetica			31/12/2014	Dietetica			31/12/2014	
	Direzione Sanitaria			31/12/2014	Direzione Sanitaria			31/12/2014	



Epidemiologia e Laboratorio Malattie Tropicali	31/12/2014	S. 14	Epidemiologia e Laboratorio Malattie Tropicali	31/12/2014	
Farmacologia e Anatomia Patologica	31/12/2014	S. 05	Farmacologia e Anatomia Patologica	31/12/2014	
Laboratorio Analisi	31/12/2014	S. 03	Laboratorio Analisi	31/12/2014	
Trasfusionale e di Immunologia	31/12/2014	S. 06	Medicina	31/12/2014	in convenzione con il DIMT dell'AOUI Verona
Radiologia	31/12/2014	S. 07	Trasfusionale e Radiologia	31/12/2014	
Radiologia	31/12/2014	69	Medicina Nucleare	31/12/2014	
Radiologia	31/12/2014	70	Radioterapia	31/12/2014	
		61	Medicina Nucleare	31/12/2014	
		61	Medicina Nucleare	31/12/2014	Preparazione radiofarmaci per il Veneto Occidentale

**N.B. Per i pazienti extraregione vanno altresì aggiunti numero 66 posti letto**



ALLEGATO C Dgr n. 2122 del 19/11/93 pag. 159/162

Azienda sanitaria 22 - Bussolengo

O.C.L. SACRO CUORE - DON  
 CALABRIA

Ospedale Classificato ex L. 132/68 - Presidio  
 Ospedaliero

**ESAMINATORIALE**

**NOTE**

A_02	Anestesia	
A_08	Cardiologia	
A_09	Chirurgia Generale	
A_12	Chirurgia Plastica	
A_14	Chirurgia Vascolare	
A_52	Dermosifilopatia	
A_19	Endocrinologia	
A_58	Gastroenterologia	
A_15	Medicina dello Sport e dell'esercizio fisico	Attività svolta presso il centro polifunzionale Don Calabria di Verona
A_03	Medicina di Laboratorio	
A_56	Medicina Fisica e Riabilitativa	
A_61	Medicina Nucleare	
A_32	Neurologia	
A_34	Oculistica	
A_35	Odoniatria e Stomatologia	
A_64	Oncologia	
A_36	Ortopedia e Traumatologia	
A_37	Ostetricia e Ginecologia	
A_38	Otorinolaringoiatria	
A_68	Pneumologia	
A_40	Psichiatria	
A_69	Radiologia Diagnostica	
A_70	Radioterapia	Limitatamente alla terapia radiante
A_43	Urologia	



**Azienda Ulss 22 C.C. Pedersoli - Presidio Ospedaliero**  
**Struttura Privata Accreditata con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale**

situazione attuale					previsione ed situazione DGR 2122/2014				
cod	nome	attività	posti letto	attività	cod	nome	attività	posti letto	attività
<b>AREA MEDICA</b>					<b>AREA MEDICA</b>				
8	Cardiologia	Con attività di emodinamica diagnostica ed interventistica Centro Pubblico di trattamento Uro- Attività di Terapia Intensiva Cardiologica			8	Cardiologia	Con attività di emodinamica interventistica ed interventistica Centro P.H.B. (24 h) di trattamento Uro- Attività di Terapia Intensiva Cardiologica	15	Già attiva
21	Geriatrica				21	Geriatrica		14	Già attiva
24	Medicina Generale	Con attività di Cardiologia Con attività di Pneumologia			24	Medicina Generale	Con attività di Cardiologia Con attività di Pneumologia	22	Già attiva
32	Neurologia	Con Unità Multipla di Alzheimer e P.L. di Stroke Unit			32	Neurologia	Con Unità Multipla di Alzheimer e P.L. di Stroke Unit	12	Già attiva
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>					<b>TOTALE AREA MEDICA</b>				
67					63				
<b>AREA CHIRURGICA</b>					<b>AREA CHIRURGICA</b>				
9	Chirurgia Generale	Con attività di Chirurgia Urologica - Chirurgia Pediatrica Chirurgia Paraspetica Chirurgia del Piede diabetico			9	Chirurgia Generale	Con attività di Chirurgia Urologica - Chirurgia Pediatrica Chirurgia Paraspetica Chirurgia del Piede diabetico	20	Già attiva
38	Chirurgia e Urologia	Con attività di Chirurgia delle mani e Chirurgia generale			38	Chirurgia e Urologia	Con attività di Chirurgia delle mani e Chirurgia generale	13	Già attiva
43	Urologia				43	Urologia		19	Già attiva
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>					<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>				
129					113				
<b>AREA MATERNO-INFANTILE</b>					<b>AREA MATERNO-INFANTILE</b>				
37	Ginecologia e Ginecologia	Con attività di Ginecologia Ginecologia			37	Ginecologia e Ginecologia	Con attività di Ginecologia Ginecologia Con attività di Proctologia in aderenza alla rete	15	Già attiva
<b>TOTALE AREA MATERNO-INFANTILE</b>					<b>TOTALE AREA MATERNO-INFANTILE</b>				
16					20				
<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>					<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>				
46	Terapia intensiva	Con attività di Terapia intensiva e Cure Palliative			46	Terapia intensiva	Con attività di Terapia intensiva e Cure Palliative	12	Già attiva
<b>TOTALE TERAPIA INTENSIVA</b>					<b>TOTALE TERAPIA INTENSIVA</b>				
12					12				
<b>AREA SERVIZI E DIAGNOSI E CURA</b>					<b>AREA SERVIZI E DIAGNOSI E CURA</b>				
S.01	Accettazione Pronto Soccorso	Con attività di Pronto Soccorso			S.01	Accettazione Pronto Soccorso	Con attività di Pronto Soccorso		Già attiva
S.02	Diagnostica Medica				S.02	Diagnostica Medica			Già attiva
S.03	Farmacologia				S.03	Farmacologia			Già attiva
S.04	Intelligenza e Informatica Patologica	In collaborazione con U.O. di Patologia			S.04	Intelligenza e Informatica Patologica	In collaborazione con U.O. di Patologia		Già attiva
<b>AREA RIABILITATIVA</b>					<b>AREA RIABILITATIVA</b>				
58	Riabilitazione Funzionale	Con attività di Riabilitazione Funzionale			58	Riabilitazione Funzionale	Con attività di Riabilitazione Funzionale	11	Già attiva
<b>TOTALE AREA RIABILITATIVA</b>					<b>TOTALE AREA RIABILITATIVA</b>				
20					18				

Nota bene: per i pazienti fuori regione vanno aggiunti ulteriori 34 posti letto (fra i quali attività di ORL a ciclo continuo).



situazione attuale				previsione ed attuazione DGR 2122/014			
id	denominazione	attività	unità	id	denominazione	attività	unità
Ambiti ambulatoriali				Ambiti ambulatoriali			
A_01	Anestesia	Con attività di terapia del dolore e cure palliative		A_01	Anestesia	Con attività di terapia del dolore e cure palliative	04 altre
A_02	Cardiologia			A_02	Cardiologia		04 altre
A_03	Chirurgia Generale			A_03	Chirurgia Generale		04 altre
A_12	Chirurgia Plastica			A_12	Chirurgia Plastica		04 altre
A_14	Chirurgia Vascolare			A_14	Chirurgia Vascolare		04 altre
A_52	Chirurgia Oncologica			A_52	Chirurgia Oncologica		04 altre
A_19	Endocrinologia	Centro Anzabetico		A_19	Endocrinologia	Centro Anzabetico	04 altre
A_59	Gastroenterologia	Con attività di Endoscopia		A_59	Gastroenterologia	Con attività di Endoscopia	04 altre
A_05	Medicina dello Sport e dell'esercizio fisico			A_05	Medicina dello Sport e dell'esercizio fisico		04 altre
A_03	Medicina di Laboratorio	Microbiologia		A_03	Medicina di Laboratorio	Microbiologia	04 altre
A_58	Medicina Fisica e Riabilitativa			A_58	Medicina Fisica e Riabilitativa		04 altre
A_32	Neurologia	Laboratorio di neurofisiologia e neuropsicologia		A_32	Neurologia	Laboratorio di neurofisiologia e neuropsicologia	04 altre
A_34	Neurologia			A_34	Neurologia		04 altre
A_04	Oncologia			A_04	Oncologia		04 altre
A_15	Otopnea e Otorinolaringoiatria			A_15	Otopnea e Otorinolaringoiatria		04 altre
A_37	Osteodiagnostica	Diagnostica Perinatale		A_37	Osteodiagnostica	Diagnostica Perinatale	04 altre
A_38	Otorinolaringoiatria			A_38	Otorinolaringoiatria		04 altre
A_08	Pneumologia	Fisiologia respiratoria		A_08	Pneumologia	Fisiologia respiratoria	04 altre
A_19	Radiologia Diagnostica	Angiografia		A_19	Radiologia Diagnostica	Angiografia	04 altre
A_11	Reumatologia			A_11	Reumatologia		04 altre
A_13	Urologia			A_13	Urologia		04 altre



Azienda Uiss 22  
 Casa di Cura Privata Villa Garda (Struttura Privata Accreditata con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale)  
 Sede di GARDA (VR)

situazione attuale						previsione ed attuazione DGR 2122/2013								
cod	funzione	attività *	posti letto	apicalità previste**	USD previste	data disattivazione. Entro il	cod	funzione	attività *	posti letto	apicalità previste**	USD	data adeguamento o attivazione Entro il	note ***
56	Riabilitazione	Riab Cardiologica	52	1			56	Riabilitazione	Riab Cardiologica	52	1			
56	Riabilitazione	Riab Nutrizionale	18	1			56	Riabilitazione	Riab Nutrizionale	17	1		31 12 2015	
56	Riabilitazione	Riab Nutrizionale	20				56	Riabilitazione	Riab Nutrizionale	10			31 12 2015	Letti destinati a residenti extra-regione (1)

(1): La DGRV n.2122/2013 ha ridotto da 20 a 10 i posti letto destinati a pazienti extra-regione. La Casa di Cura ha chiesto che il numero di tali posti letto sia riportato a 20, come da comunicazione allegata. Nella stessa comunicazione, inoltre, si chiede di valutare, oltre al ripristino dell'assetto preesistente, un ulteriore incremento dei posti letto extraregionali.

\*attività è collegata ad una funzione  
 \*\*se sono previste più di una apicalità per una stessa funzione indicarle per ogni singola UOC  
 \*\*\* la colonna note va utilizzata anche per indicare in quale regime l'attività dell'area chirurgica viene erogata nel rispetto di quanto stabilito dalla DGR 2122/2013

A  
 Allegato alla dg  
 n. del

n. del



### 3.4 Gli obiettivi per il biennio 2014 – 2015

Per definire la pianificazione degli interventi necessari a dare attuazione al nuovo assetto previsto dalle schede di dotazione ospedaliera, si è partiti dai dati emersi dagli indicatori di performance delle diverse unità operative relativi all'anno 2013, dalle schede ospedaliere e dal particolare periodo di ristrutturazione dell'ospedale di Villafranca.

Si è quindi tenuto conto della tempistica necessaria per realizzare gli adeguamenti strutturali necessari nei diversi nosocomi al fine di procedere alla ricollocazione delle specialità ora attive presso la sede di Bussolengo e dei vantaggi derivanti dall'implementazione dei nuovi modelli di gestione per aree omogenee e per aree multidisciplinari di day/week surgery presso le sedi ospedaliere di Bussolengo e Villafranca.

A fronte di quanto sopra, si è ritenuto opportuno procedere dapprima con l'adeguamento delle specialità chirurgiche, anche in considerazione del fatto che l'implementazione dell'Area chirurgica non richiede l'attivazione concomitante delle strutture di ricovero intermedio territoriali per la gestione delle cronicità e non incide particolarmente su un setting assistenziale già consolidato all'interno dell'Azienda, che ha permesso di raggiungere buone performance.

La riorganizzazione di tale area, compresa anche la concentrazione delle singole specialità in un'unica sede ospedaliera, stante l'attuale situazione logistica dell'Ospedale, comporta poi minori spese per l'adeguamento dei locali.

Inoltre, intervenire prioritariamente sulle specialità chirurgiche consente di incidere sul dato della fuga extra regionale, che coinvolge sia l'attività di ricovero, che quella ambulatoriale.

L'adeguamento dell'Area medica e riabilitativa viene differito anche in considerazione della necessità di adattare strutturalmente alcune aree (compreso il profilo antisismico) alle nuove esigenze. Un adeguamento graduale consentirà di non creare disservizi all'utenza.

**Anno 2014:** in particolare pertanto tale primo anno sarà orientato agli interventi di adeguamento organizzativo gestionale previsti nell'Area chirurgica e in quella dei Servizi e alla predisposizione degli interventi strutturali logistici preliminari alla concentrazione nelle due sedi ospedaliere delle attività di ricovero.

**Anno 2015:** nel secondo anno, a completamento della disponibilità della logistica, verranno riorganizzate le attività di ricovero nell'Area chirurgica, che si completeranno con il trasferimento dall'ospedale di Bussolengo all'ospedale di Villafranca.





n. del

3.5 Le modalità di gestione

Presso l'Ospedale di Bussolengo è stato rivisto l'assetto organizzativo dell'assistenza sperimentando, in un'ottica di miglioramento della qualità, una nuova configurazione che preveda l'accorpamento di diverse specialità mediche e chirurgiche con la creazione di aree omogenee di cura.

Tale prospettiva, oltre a presentare dei vantaggi in termini di miglioramento della continuità assistenziale, offre, da un punto di vista organizzativo, l'occasione di rivedere e di riprogettare alcuni processi ottimizzando l'utilizzo delle risorse umane e strutturali. Non di meno, anche per i professionisti si rivela un'occasione di miglioramento e di acquisizione di nuove competenze.

La riorganizzazione per grandi macroaree ad omogenea tipologia assistenziale si sviluppa orizzontalmente per consere l'area di afferenza specialistica.

- **Macroarea per l'emergenza- urgenza** in cui si svolgono le attività di pronto soccorso e osservazione breve e a cui compete la destinazione dei pazienti attraverso l'attribuzione del livello assistenziale appropriato.
- **Macroarea a bassa richiesta assistenziale** che comprende i servizi di day-service e day-surgery e gli ambulatori, ad esclusiva attività diurna.
- **Macroarea ad intermedia intensità di cura** distinta in tre aree funzionali: chirurgica (al piano primo), medica (al piano secondo), materno infantile- pediatrica (al piano terzo).
- **Macroarea ad alta complessità assistenziale** cui afferisce la terapia intensiva.

Tale tipologia organizzativa promuove un approccio incentrato sul bisogno del singolo, garantendo assistenza continua e personalizzata, percorsi multiprofessionali e multidisciplinari nonché riferimenti sanitari certi ed appropriatezza nell'uso delle risorse.

Elemento chiave è dato dalla *flessibilità* del sistema resa possibile dal superamento della logica di reparto tradizionale, caratterizzato dalla rigida divisione per branca specialistica, a vantaggio della possibilità di destinazione dei letti in base alle richieste di ricovero.

Allo stesso modo la gestione unificata delle aree di degenza rende più agile l'assegnazione del personale infermieristico, che non è più inteso come risorsa esclusiva di uno specifico reparto o legato ad un'unica équipe medica, e allo stesso modo più agile è la sua trasferibilità laddove si evidenzino carenze di personale.

Il modello "per aree funzionali omogenee", ha quale requisito indispensabile la definizione dei percorsi assistenziali e l'adesione agli stessi.

E ancora la formazione di figure infermieristiche deputate ad interfacciarsi con il territorio (case manager di UVMD), coadiuvate da personale di profilo sociale, potrà favorire la continuità del processo di cura anche all'esterno del contesto ospedaliero e la presa in carico anche nelle fasi di post acuzie e di

n. del



follow up. Ciò garantirà una maggiore equità nell'accesso all'assistenza e d'altro lato, riducendo un utilizzo improprio dei servizi, concorrerà ad orientarne l'offerta.

Per quanto riguarda gli aspetti clinici, la contiguità di specialità diverse, facilitando il contatto tra clinici afferenti a discipline diverse potrebbe favorire la comunicazione interna, l'integrazione dei saperi e la produzione di protocolli condivisi.

La gestione condivisa del reparto richiede una maggiore standardizzazione e condivisione dei criteri di ospedalizzazione che potrà essere affrontato con la strutturazione di protocolli condivisi. Ciò potrebbe concorrere a ridurre il numero di ricoveri impropri. La gestione non esclusiva delle sale operatorie permetterà una maggiore ottimizzazione di tale risorsa evitando inattività e incrementando il controllo dei tempi operatori.

È senz'altro importante enfatizzare cosa tutto ciò significhi in termini di cambiamento culturale: la rivoluzione culturale è in sintesi quella di cancellare l'idea che l'importanza all'interno dell'ospedale sia data dai posti letto gestiti, focalizzando l'attenzione sulle competenze, sulle tecnologie, su ciò che rende un professionista di livello elevato..

### 3.6 La misurazione delle performance

L'Azienda da tempo sta monitorando gli indicatori tradizionali di attività e di performance. Alla luce dei nuovi sistemi di valutazione, ed in particolare del Piano nazionale esiti e dal Progetto bersaglio, si è inoltre provveduto a implementare ulteriore reportistica atta a monitorare e migliorare i processi sanitari erogati, anche mediante benchmarking con altre aziende.

L'Azienda è inoltre impegnata in un adeguamento del sistema informativo-informatico, sia per migliorare i servizi offerti all'utente, sia per la gestione dei dati sanitari tra le diverse strutture aziendali e con le altre Aziende.

<sup>A</sup>  
Allegato alla dgr



n.

del

ALLEGATO AL

94

Allegato 2



Regione del Veneto

AZIENDA UNITÀ LOCALE  
SOCIO-SANITARIA N.22 Bussolengo

## PIANO AZIENDALE ATTUATIVO DELLE STRUTTURE INTERMEDIE

in attuazione della DGRV n. 2122 del 19.11.2013

**A**  
**Allegato alla dg**  
**n. del**



**Indice**

*Introduzione*

1. I Riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016
  - 1.1 L'assistenza territoriale
  - 1.2 Le strutture di ricovero intermedie
  - 1.3 Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)
  
2. Le strutture di ricovero intermedie a seguito della DGR n. 2122 del 19 novembre 2013 e
  - 2.1 Le previsioni regionali
  - 2.2 Gli indirizzi regionali da DGR n. 2122/2013 in tema di strutture di ricovero intermedie
  - 2.3 Le previsioni regionali per l'ULSS 22
  
3. Il Piano aziendale attuativo delle strutture di ricovero intermedie
  - 3.1 La premessa
  - 3.2 Il Piano aziendale attuativo delle strutture intermedie
    - 3.2.1 L'organizzazione delle strutture di ricovero intermedie per il periodo 2014 – 2016
    - 3.2.2 Le modalità di gestione delle strutture intermedie di ricovero
    - 3.2.3 L'organizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

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



Introduzione

*Il Piano aziendale attuativo delle strutture di ricovero intermedie* va ad integrare il *Piano aziendale di adeguamento della dotazione ospedaliera* in attuazione della DGR n. 2122/2013.

*Il Piano aziendale attuativo delle strutture intermedie* si svilupperà in un periodo di tre anni (2014 – 2016) per allinearsi ai riferimenti temporali di riduzione dei posti letto ospedalieri in attuazione del Piano di adeguamento della dotazione ospedaliera.

I principi della pianificazione delle nuove unità di offerta di assistenza territoriale (Ospedale di Comunità – ODC e Unità Riabilitativa Territoriale -URT), hanno coniugato i seguenti fattori:

- le indicazioni regionali contenuti nella DGR n. 2122/2013 ;
- le scelte programmatiche risultanti dal Piano aziendale di adeguamento della dotazione ospedaliera;
- l'opportunità di dare attuazione nel periodo del piano (2014 – 2016) all'implementazione di strutture intermedie per una quota parte di 21 posti letto di assistenza territoriale che si aggiungono ai 146 esistenti e ai 50 posti letto aggiuntivi di ODC per il Centro Sanitario Polifunzionale di Isola della Scala, per dar luogo nel 2016 ad una puntuale verifica della necessità di realizzare ulteriori posti letto a completamento di quelli programmati dalla Regione per l'ULSS22.

*Il Piano aziendale attuativo delle strutture di ricovero intermedie* conferma le modalità organizzative dell'ODC e dell'URT, a garanzia della copertura assistenziale nelle 24 ore 7 gg su 7, ricevute dalla programmazione regionale.

Ogni nuova realizzazione delle singole unità di offerta previste dal *Piano aziendale attuativo delle strutture di ricovero intermedie* sarà subordinata, per ciascun anno di riferimento, alla verifica della disponibilità di risorse finanziarie, nel rispetto del principio di equilibrio di bilancio.



## **1. I riferimenti al Piano Socio Sanitario Regionale 2012 -2016**

I recenti documenti del S.E.R.(Servizio Epidemiologico Regionale) hanno evidenziato il mutare dei bisogni assistenziali e l'emergere di nuove problematiche assistenziali indotte principalmente dalla crescita dell'aspettativa di vita , anche in Veneto, con progressivo invecchiamento della popolazione e con l'aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità.

In tale contesto si collocano le scelte strategiche della programmazione regionale:

- il potenziamento dell'assistenza territoriale, consolidando il ruolo e le competenze del Distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una cosiddetta "filiera dell'assistenza" in grado di garantire un sistema per intensità di cura;
- il completamento del processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza viene definita sulla base della complessità clinica e della intensità di cura richiesta;
- la realizzazione dell'integrazione tra Ospedale e Territorio al fine di garantire la presa in carico integrata della persona e la continuità dell'assistenza.

### **1.1 L'assistenza territoriale**

La programmazione regionale prevede un grosso investimento sul Territorio e, di conseguenza, l'attribuzione di un ruolo rinnovato al Distretto socio-sanitario finalizzato a rendere il Sistema più vicino al paziente, evitando inutili spostamenti, assicurando una risposta certa ai singoli bisogni, continuativa con l'ospedale, 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, assicurando la continuità assistenziale.

Tramite la filiera dell'assistenza la Regione intende, infatti, garantire un sistema di cure graduali 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 h 24, 7 giorni su 7, dalle cure palliative incentrate su un nucleo multiprofessionale specificatamente dedicato, dalle strutture di ricovero intermedie e dalle strutture residenziali.

Sono quindi obiettivi strategici:

il potenziamento dell'assistenza domiciliare che risponde all'obiettivo qualitativamente e culturalmente rilevante di favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita e al proprio domicilio;

l'istituzione 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 riorganizzazione dell'assistenza residenziale per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali, considerando le strutture residenziali come parti integranti del Sistema, compreso l'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. Un ulteriore obiettivo è quello di evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero, favorendo il rientro al domicilio: guidato, supportato, tutelato.

A  
**Allegato alla dg**  
**n. del**



Tabella: *Modelli organizzativi della rete territoriale e obiettivi della programmazione regionale (PSSR 2012 – 2016).*

<b>Modelli organizzativi della rete territoriale</b>	<b>Obiettivi della programmazione regionale</b>
Assistenza primaria	Riorganizzazione delle cure primarie attraverso la diffusione su tutto il territorio regionale delle <b>Medicine di gruppo integrate</b>
Assistenza domiciliare	Potenziamento dell'assistenza domiciliare attraverso l'implementazione e la diffusione di un modello di assistenza h 24, 7 giorni su 7, per favorire il mantenimento della persona nel proprio ambiente di vita.
Assistenza specialistica	Prevalentemente a supporto della medicina di famiglia, inserita nei team multiprofessionali e organizzata in centri polispecialistici territoriali con modalità operativa basata sui PDTA.
Cure palliative	Estensione del modello centrato sul nucleo multiprofessionale dedicato all'assistenza ai malati in fase terminale di ogni malattia cronica ed evolutiva, prevedendo una struttura organizzata per una risposta h 24.
Assistenza in strutture di ricovero intermedie	Sviluppo di strutture di ricovero intermedie in grado di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare e risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione;</li> <li>• garantire una risposta polifunzionale a carattere temporaneo, principalmente per la stabilizzazione, riabilitazione estensiva e la palliazione;</li> <li>• garantire un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio senza soluzione di continuità (per evitare alla persona una permanenza inappropriata in ambito ospedaliero favorendo il rientro al domicilio tutelato).</li> </ul>
Assistenza semiresidenziale e residenziale	Valorizzazione dei centri di servizio con rimodulazione dell'assistenza residenziale sviluppando flessibilità organizzativa per adeguare il sistema alle nuove esigenze assistenziali.



A  
**Allegato alla dgr**  
**n. del**



## 1.2 Le Strutture di ricovero intermedie

Anche lo sviluppo dell'assistenza extraospedaliera si conferma un obiettivo strategico regionale da realizzarsi attivando strutture di ricovero intermedie in grado di accogliere i pazienti per i quali non sia prefigurabile un percorso di assistenza domiciliare o risulti improprio il ricorso all'ospedalizzazione o all'istituzionalizzazione.

Privilegia il mantenimento del paziente al proprio domicilio poichè, l'inserimento in queste strutture può rappresentare una valida risposta a carattere temporaneo ai bisogni del paziente, qualora lo stato di salute ed il contesto familiare non ne consentano una adeguata assistenza presso il proprio domicilio.

Le strutture di ricovero intermedie garantiscono le cure necessarie a quei pazienti che sono stabilizzati dal punto di vista clinico, che non richiedono assistenza ospedaliera, e che presentano problemi risolvibili in un periodo limitato di tempo. Rientrano tra le strutture intermedie:

- Hospice;
- Ospedale di Comunità (DGR 2718/2012);
- Unità Riabilitativa Territoriale (DGR 2718/2012); in tale Unità di offerta vengono ricompresi anche altri posti letto assimilabili: posti letto in RSA per residenzialità temporanea anche con finalità riabilitative in relazione alle prestazioni erogate ed ai relativi modelli assistenziali -es. Nuclei ad Alta Intensità Socio-Sanitaria -e posti letto nelle SAPA;
- Posti letto negli Istituti e Centri di riabilitazione (ex art. 26 L. n. 833/1978) o strutture assimilate;
- Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (CTRP).

Nell'ambito delle strutture di ricovero intermedie, il vigente PSSR individua in particolare due specifiche unità di offerta:

-Ospedale di Comunità (ODC);

-Unità Riabilitativa Territoriale (URT).



Per una dettagliata descrizione di queste strutture, nonché dei loro requisiti strutturali e di autorizzazione si rinvia alla DGR n. 2718 del 24 dicembre 2012 .

### 1.3 Le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

Lo sviluppo delle Cure Primarie nel territorio dell'Ulss 22 passa attraverso l'implementazione delle Medicine di Gruppo integrate previste da appositi documenti regionali che ne prevedono il coordinamento e la gestione da parte del Distretto Socio Sanitario e il coinvolgimento di tutte le componenti della Medicina Convenzionata. Le AFT contribuiranno alla continuità dell'assistenza e delle cure secondo il modello aziendale H24, 7 giorni su 7, che integra la medicina di famiglia alla continuità assistenziale e alla medicina specialistica.

## 2. Le strutture di ricovero intermedie a seguito della DGR n. 2122 del 19 novembre 2013

### 2.1 Le previsioni regionali

Conformemente a quanto previsto dal PSSR, che ha fissato per le strutture di ricovero intermedie lo standard complessivo ottimale di 1,2‰ posti letto/abitanti e considerata la popolazione > 42 anni quale target ottimale di queste strutture (n. 2.531.726 abitanti > 42 anni nella Regione Veneto al 31 dicembre 2011), la dotazione regionale complessiva di posti letto risulta pari a n. 3.038.

Il numero dei posti letto già attivati, così come rilevato dal rapporto regionale "Monitoraggio e verifica Strutture Residenziali Extraospedaliere" (giugno 2011), risulta complessivamente pari a n. 1.775 così distribuiti:

n. 181 di Hospice;

n. 236 di Ospedale di Comunità;

n. 553 di Unità Riabilitativa Territoriale, comprensivi di n. 358 posti letto in RSA per residenzialità temporanea anche con finalità riabilitative in relazione alle prestazioni erogate ed ai relativi modelli assistenziali (es. Nuclei ad Alta Intensità Socio-Sanitaria) e n. 195 posti letto nelle SAPA.

Rientrano nella tipologia di Strutture di ricovero intermedie anche:

n. 184 posti letto negli Istituti e Centri di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 o strutture assimilate;

n. 621 posti letto delle Comunità Terapeutiche Riabilitative Protette (CTRP).



In particolare si precisa che queste ultime due tipologie di posti letto, fino a nuova organizzazione regionale, assumono usualmente una valenza interaziendale. Pertanto i posti letto da attivare complessivamente in regione sono n. 1.263.

L'adeguamento allo standard regionale di  $1,2\%$  posti letto/abitanti > 42 anni dovrà essere realizzato, in coerenza con l'adeguamento della dotazione ospedaliera, nel biennio 2014-2015, con attivazione graduale di posti letto rapportata al fabbisogno assistenziale, ad integrazione di quanto già attivato nelle singole Aziende ULSS per ciascuna tipologia di riferimento e della ridefinizione dell'offerta ospedaliera.

## 2.2 Gli indirizzi regionali da DGR n. 2122/2013 in tema di strutture di ricovero intermedie

Con DGR n. 2122/2013 la Regione ha inteso che l'ammontare dei posti letto da attivare riveste carattere esclusivamente di indirizzo e, pertanto, non vincolante.

Inoltre, per l'attivazione di posti letto di Ospedali di Comunità ed Unità Riabilitativa territoriale individua i seguenti criteri:

l'attivazione deve essere contestuale alla riduzione dei posti letto ospedalieri; in via prioritaria detti posti letto dovranno essere istituiti presso strutture pubbliche (es. sedi distrettuali, ospedali parzialmente o totalmente dismessi);  
gli Ospedali di Comunità andranno attivati, in via prioritaria, laddove vi sia una presenza contestuale (nella medesima sede) di una Medicina di Gruppo Integrata così da garantire la copertura assistenziale h24.

Allo stesso modo andrà favorita l'attivazione in contiguità con i reparti ospedalieri presenti nell'Ulss 22.

## 2.3 Le previsioni regionali per l'ULSS 22

Con riferimento a dati rilevati nel 2011, la DGR n. 2122/2013 prevede per l'Ulss 22 una dotazione di 21 posti letto da attivare di assistenza territoriale che si aggiungono ai 146 esistenti e ai 50 posti letto aggiuntivi di ODC per il Centro Sanitario Polifunzionale di Isola della Scala, parametrata come sopra specificato alla popolazione >42 anni, che con riferimento ai dati ISTAT 2011 complessivi regionali, ammonta a n.2.531.726. Di seguito si propone pertanto la tabella aggiornata a febbraio 2014 per il solo territorio dell'Ulss 22.

n. del



previsione ed attuazione DGR 2122/2013														
situazione attuale														
cod	funzione	attivate *	posti letto	apicalità previste**	USD previste	data disattivazione. Entro il	cod	funzione	da attivare *	posti letto	apicalità previste**	USD	data adeguamento o attivazione. Entro il:	note ***
26	AFT	15	//no		no	31/12/2015		AFT	12				31/12/2015	
	Ospedale di Comunità di Caprino Veronese		10					Ospedale di Comunità di Caprino Veronese		10				
	Ospedale di Comunità di Valeggio sul Mincio		10					Ospedale di Comunità di Valeggio sul Mincio		10				
	Ospedale di Comunità di Isola della Scala		0					Ospedale di Comunità di Isola della Scala		50			31/12/2015	
	RSA Casa Nogare		55					RSA Casa Nogare		55				
	RSA Caprino Veronese		17					RSA Caprino Veronese		17				
	SAPA		10			non attivati								
								HOSPICE CAPRINO		11			31/12/2015	
								HOSPICE ISOLA DELLA SCA		10			31/12/2015	



n. del

### 3. Il Piano aziendale attuativo delle strutture di ricovero intermedie

#### 3.1 La premessa

La pianificazione delle strutture intermedie (Ospedale di comunità e Unità riabilitativa territoriale) nell'ULSS22 non può non tenere conto di quanto sviluppato nel corso degli anni in tema di residenzialità temporanea extraospedaliera.

Dal 2007 come da DDG n. 99 infatti, l'Azienda Ulss22 garantisce ricoveri temporanei extraospedalieri per risposte assistenziali rapide a coloro che, in seguito a un evento acuto, non possono essere assistiti a domicilio, grazie ad una specifica convenzione con i Centri di Servizi.

Con l'esperienza dell'ultimo decennio, si sono meglio precisate le tipologie di Ricovero Temporaneo a favore di persone prevalentemente anziane non autosufficienti, che si declinano in modo differenziato a seconda che rispondano:

- ad un bisogno prevalente di interventi di riabilitazione estensiva post ricovero a fronte di un'accertata carenza di risposte da parte della famiglia e/o dei servizi territoriali (ricoveri temporanei riabilitativi);
- al bisogno di interventi riattivativi, utili alla definizione della progettualità assistenziale più opportuna per il contesto sociosanitario del paziente, sia essa il rientro a domicilio con idonea assistenza o la permanenza in struttura protetta a lungo termine previa chiamata da graduatoria unica (ricoveri temporanei riattivativi);
- ad un bisogno di "sollevio" per le famiglie che sostengono, con un progetto di medio-lungo termine di assistenza domiciliare impegnativa, il proprio familiare con un'assistenza domiciliare impegnativa (ricoveri temporanei di sollevio).

A seguito di una Valutazione Multidimensionale, attivata dai servizi ospedalieri (UU.OO. di degenza) o dai servizi territoriali (Medico di Medicina Generale, Assistente Sociale del Comune), a favore delle persone non autosufficienti per le quali la rete socio-assistenziale non è in grado di fornire adeguato sostegno a domicilio, viene elaborato un percorso assistenziale che può prevedere un ricovero temporaneo, utilizzando gli appositi posti letto attivati per le suddette specifiche tipologie di ricovero presso i Centri di Servizi a tal fine convenzionati.

# A Allegato alla dgr

n. del



Tabella: elenco centri servizi convenzionati

Località	Centro Servizi	Indirizzo
Brenzono	Sacra Famiglia	Via Mons. Nascimbenti, 6 37010 Castelletto di Brenzono
Colà di Lazise	Madre Maria Dell'Immacolata	
Bussolengo	I.P.A.B. Centro Anziani	Via Ospedale, 3 37012 Bussolengo
Lazise	CASA DI RIPOSO COMUNALE	Via Chiesa, 1 37017 Lazise
Lugagnano	Oasi Centro Polif. e C. Diurno	Via Manzoni, 15 37060 Lugagnano di Sona
Malcesine	A. Toblini	Via Boccara, 3 37018 Malcesine
Pastrngo	Dr. Paolo Segallini	Via Oliveti 37010 Pastrngo
Pescantina	Immacolata di Lourdes	C.so San Lorenzo, 27 37026 Pescantina
Peschiera del Garda	F. Gandini	Via Suor Mainetti 37019 Peschiera del Garda
Peschiera del Garda	Colli Sereni e Centro Diurno Smeraldo	Loc. Dolci 37019 Peschiera d/G
Sommacampagna	Gian Antonio Campostrini e Centro Diurno	Via Matteotti, 3 37066 Sommacampagna
Caprino Veronese	Villa Spada e Centro Diurno	Via Moro, 3 37013 Caprino V.se
Marano di Valpolicella	Maria Brunetta	P.zza della Comunità 6 - Valgatara 37020 Marano Valp.
Negrar	Casa Nogare	Viale Rizzardi, 4 37024 Negrar
Negrar	Casa del Clero	Strada del Recioto, 2 37024 Negrar
Negrar	Casa Perez	Strada del Recioto, 2 37024 Negrar
Sant'Anna D'Alfaedo	Oasi Casa S. Anna	P.zza dalla Bona, 17 37020 Sant'Anna D'Alf.
San Pietro in Cariano	Istituzione Comunale e Centro Diurno	Via Beethoven, 16 37029 San Pietro in C.
Isola della Scala	Benedetto Albertini e Centro Diurno	Via Donatore di Sangue, 4 37063 Isola d/S
Nogarole Rocca	Cesare Bertoli	Via Sorte, 25 - Bagnolo 37060 Nogarole Rocca
Sant'Ambrogio	Centro Diurno Anziani	Municipio Sant'Ambrogio
Trevenueolo	Casa del Soriso	Via C. Battisti, 26 - Roncoleva 37060 Trevenueolo
Villafranca	Morelli Bugna e Centro Diurno	Via Rinaldo 16 37069 Villafranca
Valeggio sul Mincio	Casa Toffoli e Centro Diurno	P.le Vittorio Veneto, 9 37067 Valeggio sul Mincio



Castelnuovo del Garda	Anni D'Argento	Via Gianfilippi, 1 37014 Castelnuovo del Garda
Bardolino	Villa Serena	Via Leopardi, 2 -37011 Bardolino
Caprino Veronese	RSA di Cura e Riabilitazione a diretta gestione ULSS n 22	Via Capuccini, 6 - 37013 Caprino Veronese
Caprino Veronese	Ospedale di Comunità	Via Capuccini, 6 - 37013 Caprino Veronese
Valeggio sul Mincio	Ospedale di Comunità	Via Crocefissa di Rosa - Valeggio sul Mincio

La convenzione con le strutture residenziali prevede che la tariffa giornaliera dei ricoveri temporanei sia coperta in quota parte da un contributo sanitario (l'ULSS provvede con risorse provenienti dal fondo sanitario indistinto). La rimanente quota (quota alberghiera) è posta a carico dell'ospite o del comune di residenza. Il contributo sanitario corrisposto dall'ULSS alla struttura residenziale è equiparato al valore dell'Impegnativa di Residenzialità di secondo livello a cui si sommano il rimborso della riabilitazione, il costo farmaci, di protesi, ausili, ortesi dell'elenco I del nomenclatore e il costo del medico. Questo in analogia a quanto previsto dalla DGRV n. 3856 del 03.12.2004 e dalla conseguente convenzione tra Aziende ULSS e Centri di Servizi .

### 3.2 Il Piano aziendale attuativo delle strutture intermedie

Il *Piano aziendale attuativo delle strutture intermedie* si sviluppa in un triennio (2014 – 2016) per allinearsi ai riferimenti temporali di riduzione dei posti letto ospedalieri in attuazione del Piano aziendale di adeguamento della dotazione ospedaliera. La pianificazione delle nuove unità di offerta di assistenza territoriale (Ospedale di Comunità e Unità Riabilitativa Territoriale), ha coniugato i seguenti fattori:

- gli indirizzi regionali contenuti nella DGR n. 2122/2013
- le determinazioni risultanti dal Piano aziendale di adeguamento della dotazione ospedaliera;
- i vincoli derivanti dalle precedenti pianificazioni aziendali che hanno determinato nel corso degli anni la realizzazione di 3 posti letto "sollievo" presso i Centri di servizio di: San Pietro In Cariano, Pescantina e Villafranca con funzioni di ricovero temporaneo assimilabili in parte alle funzioni riconosciute all'ODC e all'URT;
- l'opportunità di dare attuazione nel periodo del piano (2014 – 2016) ad una fase di implementazione di strutture intermedie per una quota parte di 21 posti letto di assistenza territoriale che si aggiungono ai 146 esistenti e ai 50 posti letto aggiuntivi di ODC per il Centro Sanitario Polifunzionale di Isola della Scala, per dar luogo nel 2016 ad una puntuale verifica della necessità di realizzare ulteriori posti letto a completamento di quelli programmati dalla Regione per l'ULSS22.

A  
**Allegato alla dg**  
**n. del**



3.2.1 L'organizzazione delle strutture di ricovero intermedie per il periodo 2014 – 2016

L'attivazione dei posti letto di ODC e di URT è quindi prevista a partire dal 2015 per proseguire nel 2016. Nel corso del 2014 l'ULSS sarà impegnata a:

- avviare la Centrale Operativa Territoriale, alla quale sarà demandata la funzione di collegamento tra le strutture sanitarie e socio assistenziali territoriali. Il tavolo di lavoro (ospedale – territorio) previsto per avviare questo importante cambiamento organizzativo si darà come mandato la condivisione di criteri, strumenti e procedure;
- attivare le Medicine di gruppo integrate come da "Piano di sviluppo delle Cure Primarie attraverso l'implementazione e la diffusione del modello di Medicina di gruppo integrata. Annualità 2014/2015";
- determinare in via definitiva le sedi delle unità di offerta da realizzare a Caprino Veronese e Isola della Scala;
- definire il modello organizzativo delle singole unità di offerta ODC e URT;
- definire il regolamento delle strutture ODC e URT;
- predisporre la necessaria documentazione amministrativa (convenzioni con eventuali enti gestori e documentazione per il rilascio delle autorizzazioni regionali).

Nel 2016, l'ULSS provvederà a verificare un eventuale nuovo fabbisogno di posti letto a cui potrà seguire l'attivazione di ulteriori posti letto di assistenza territoriale con funzione di ODC e di URT sino al completo raggiungimento dei 167 p.l. che si aggiungono ai 50 p.l. di Ospedale di Comunità di Isola della Scala previsti dalla programmazione regionale.

Di seguito viene esplicitata la programmazione delle strutture di ricovero intermedie per il periodo 2014 – 2016.







### 3.2.2 Le modalità di gestione delle strutture intermedie di ricovero

L'accesso alle strutture intermedie seguirà le indicazioni della DGR n. 2718/2012 relativamente la tipologia dei pazienti e gli strumenti di valutazione. Per la gestione clinica delle strutture intermedie si privilegeranno le nuove modalità organizzative della medicina generale, mentre si cercherà di valorizzare l'esperienza maturata, in questi anni, dai Centri di Servizi per la gestione dell'attività assistenziale.

Una precisazione delle modalità organizzative a garanzia della copertura assistenziale nelle 24 ore 7 gg su 7 sarà esplicitata in sede di autorizzazione all'esercizio delle singole unità di offerta.

### 3.2.3 L'organizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT)

In riferimento alle AFT, la situazione delle Cure Primarie nel territorio dell'Ulss 22, evidenzia che attualmente, i MMG sono distribuiti secondo il seguente schema:

- MMG totali 198 + 6 in fase di inserimento
- 1 UTAP con 9 MMG
- 22 medicine di gruppo con un totale di 77 MMG
- 18 medicine in associazione con un totale di 70 MMG
- 42 medici singoli

In particolare, considerando la nuova suddivisione territoriale e la situazione attuale, le forme associative sono così distribuite:

AFT	COMUNI	MEDICINA DI GRUPPO		MEDICINA IN ASSOCIAZIONE		MEDICI SINGOLI
		N°	MMG	N°	MMG	MMG
1	MALCESINE, TORRI DEL BENACO, BRENZONE, S. ZENO DI MONTAGNA	-	-	1	3	4
2	GARDA, BARDOLINO, LAZISE	2	8	1	3	1
3	CASTELNUOVO, PESCHIERA DEL GARDA	2	10	1	3	1
4	BUSSOLENGO, PASTRENGO	1	3	2	9	2
5	PESCANTINA	1	5	2	7	-
6	SONA	1	3	1	3	5
7	SOMMACAMPAGNA	2	7	-	-	5

**A**  
**Allegato alla dgr**

**n. del**



<b>8</b>	CAPRINO. AFFI. RIVOLI. FERRARA DI MONTE BALDO. CAVAION. COSTERMANO	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>6</b>
<b>9</b>	S. AMBROGIO DI VALPOLICELLA. DOLCE'. BRENTINO BELLUNO	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>10</b>	S. PIETRO IN CARIANO. FUMANE. MARANO	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
<b>11</b>	NEGRAR. S. ANNA D'ALFAEDO	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
<b>12</b>	VALEGGIO SUL MINCIO	<b>1*</b>	<b>9</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>13</b>	VILLAFRANCA (1). POVEGLIANO. MOZZECANE	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>1</b>
<b>14</b>	VILLAFRANCA (2)	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>2</b>
<b>15</b>	ISOLA DELLA SCALA. ERBE'. VIGASIO NOGAROLE ROCCA. TREVENZUOLO	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>3</b>
	<b>TOTALE</b>	<b>21</b>	<b>77</b>	<b>18</b>	<b>70</b>	<b>38</b>

\* UTAP

(1) 6 MMG di Villafranca

(2) 16 MMG di Villafranca

Come previsto dalla DGRV 2122/2013 l'obiettivo programmatico, è di portare i medici singoli ed in associazione ad aggregarsi in 12 AFT entro il 31.12.2015.

A  
Allegato alla dgr  
n. del



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE VENETO  
AZIENDA SANITARIA U. L. S. S. N° 22

BUSSOLENGO

AZIENDA

DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE

N° **146** DEL **11 APR 2014**

OGGETTO

DELIBERAZIONE N. 94 DEL 10 MARZO 2014. RETTIFICA ERRORE MATERIALE.

Proponente: Servizio Affari Generali



IL RESPONSABILE  
(Dott. Elmer Soffiati)

- ( ) - Si attesta che il costo è stato registrato nel Bilancio economico preventivo.  
(X) - Si attesta che il presente provvedimento non comporta costo.



IL RESPONSABILE  
DEL SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO  
(Dott.ssa Emanuela Ederle)

Copia della presente deliberazione viene pubblicata all'Albo per giorni 15 da oggi e trasmessa al Collegio Sindacale.

Bussolengo, li

**11 APR 2014**



IL RESPONSABILE  
SERVIZIO AFFARI GENERALI

A

**Allegato alla dgr**  
**n. del**



**OGGETTO: DELIBERAZIONE N. 94 DEL 10 MARZO 2014. RETTIFICA ERRORE MATERIALE.**

Il Direttore del Servizio Affari Generali rappresenta quanto segue:

“Con deliberazione n. 94 del 10 marzo 2014 è stato approvato il Piano Aziendale 2014-2015 contenente gli obiettivi e le azioni di adeguamento della dotazione assistenziale ospedaliera, sia pubblica che degli erogatori privati, e territoriale, e ciò in attuazione della deliberazione della Giunta Regionale n. 2122 del 19 novembre 2013.

In particolare, per quanto attiene la dotazione assistenziale ospedaliera ed ambulatoriale della Casa di Cura Pederzoli, l'allegato I della sopra citata deliberazione, rispettivamente a pag. 25 e pag. 26, contiene schede non esatte, ovvero riportanti attività non previste dalla programmazione regionale.

Nel rappresentare come si sia trattato di un mero errore materiale, con il presente atto se ne propone la sostituzione con le due nuove schede allegate.

Tutto ciò premesso, la presente proposta viene sottoposta alla Direzione per l'approvazione”.

Lo scrivente Dirigente proponente, competente dell'istruzione della proposta di deliberazione in questione, attesta l'avvenuta regolare istruttoria della pratica in relazione, sia alla sua compatibilità con la vigente legislazione nazionale e regionale, sia in relazione alla sua conformità alle direttive aziendali impartite dalla Direzione Strategica.

Acquisito il parere del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore dei Servizi Sociali, a seconda della loro competenza;

**IL DIRETTORE GENERALE**

**DELIBERA**

1. di sostituire per le motivazioni in premessa esposte e qui integralmente richiamate le schede relative alla dotazione assistenziale ospedaliera ed ambulatoriale della Casa di Cura Pederzoli contenute rispettivamente a pag. 25 ed a pag. 26 dell'allegato della deliberazione n. 94 del 10 marzo 2014, con le allegate nuove schede;
2. di trasmetterle 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 e DGRV n. 2122 del 19/11/2013, alla Giunta Regionale;
3. di dare atto che l'adozione del presente provvedimento non comporta costi a carico del Bilancio.

Pareri favorevoli per quanto di competenza:

**Allegato alla dg<sup>1</sup>**  
**n. del**



Direttore Amministrativo

*[Handwritten signature]*

Direttore Sanitario

*[Handwritten signature]*

Direttore dei Servizi Sociali

*[Handwritten signature]*



IL DIRETTORE GENERALE  
- Avv. Alessandro Dall'Ora -

*[Handwritten signature]*



n. del

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE N° 116 IN DATA 11.12.2014

**Azienda Ulss 22 C.C. Pederzoli - Presidio Ospedaliero**  
**Struttura Privata Accreditata con compiti complementari e di integrazione all'interno della rete ospedaliera regionale**

situazione attuale				previsione ed attuazione DGR 2122/2013					
cod	funzione	attività *	posti letto	data di attuazione Ente *	cod	funzione	attività *	posti letto	salvo adeguamenti ex art. 12 legge 11/01/2014
<b>AREA MEDICA</b>				<b>AREA MEDICA</b>					
1	Cardiologia	Con attività di emodinamica Centro Hub (H24) di riferimento rate IFA Attività di Terapia Intensiva Cardiologica			3	Cardiologia	Con attività di emodinamica Centro Hub (H24) di riferimento rate IFA Attività di Terapia Intensiva Cardiologica	15	già attiva
21	Geriatrica				21	Geriatrica		14	già attiva
24	Medicina Generale	Con attività di Oncologia			24	Medicina Generale	Con attività di Oncologia	22	già attiva
32	Neurologia	Con Unità Ictus di Livello			32	Neurologia	Con Unità Ictus di Livello	12	già attiva
<b>TOTALE AREA MEDICA</b>			67	entro il 31-12-2015 n° 4 P.L.	<b>TOTALE AREA MEDICA</b>			63	
<b>AREA CHIRURGICA</b>				<b>AREA CHIRURGICA</b>					
9	Chirurgia Generale	Con attività di Oculistica e Chirurgia Vascolare			9	Chirurgia Generale	Con attività di Oculistica e Chirurgia Vascolare	50	già attiva
36	Ortopedia e Traumatologia	Struttura di Riferimento Regionale per la Chirurgia della Mano			36	Ortopedia e Traumatologia	Struttura di Riferimento Regionale per la Chirurgia della Mano	43	già attiva
43	Urologia				43	Urologia		18	già attiva
<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>			121	entro il 31-12-2015 n° 10 P.L.	<b>TOTALE AREA CHIRURGICA</b>			111	
<b>AREA MATERNO-INFANTILE</b>				<b>AREA MATERNO-INFANTILE</b>					
37	Ostetricia e Ginecologia	Con Nido			37	Ostetricia e Ginecologia	Con attività di Patologia Neonatale Con attività di Procreazione medicalmente assistita	n° 5 P.L. attivi dal 01-07-2014. Altre attività dal 31-12-2015	
<b>TOTALE AREA MATERNO-INFANTILE</b>			15		<b>TOTALE AREA MATERNO-INFANTILE</b>			20	
<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>				<b>AREA TERAPIA INTENSIVA</b>					
49	Terapia Intensiva				19	Terapia Intensiva			
<b>TOTALE TERAPIA INTENSIVA</b>			19	entro il 31-12-2015 n° 1 P.L.	<b>TOTALE TERAPIA INTENSIVA</b>			12	
<b>AREA SERVIZI E DIAGNOSI E CURA</b>				<b>AREA SERVIZI E DIAGNOSI E CURA</b>					
S_01	Accettazione Pronto Soccorso	Con letti tecnici di O.B.I.			S_01	Accettazione Pronto Soccorso	Con letti tecnici di O.B.I.		già attiva
S_04	Direzione Medica				S_04	Direzione Medica			già attiva
S_05	Farmacia				S_05	Farmacia			già attiva
S_03	Istologia e Anatomia Patologica	In convenzione con I.A.O.U. di Verona			S_03	Istologia e Anatomia Patologica	In convenzione con I.A.O.U. di Verona		già attiva
<b>AREA RIABILITATIVA</b>				<b>AREA RIABILITATIVA</b>					
35	Recupero e Riabilitazione Funzionale	Con attività di Riabilitazione Cardiologica			35	Recupero e Riabilitazione Funzionale	Con attività di Riabilitazione Cardiologica		sezione cardiologica dal 01-10-2014
<b>TOTALE AREA RIABILITATIVA</b>			20	dal 31-12-2015 n° 2 P.L.	<b>TOTALE AREA RIABILITATIVA</b>			18	

Nota bene: per i pazienti fuori regione vanno aggiunti ulteriori 34 posti letto (fra i quali attività di ORL a ciclo continuo).  
Tabella B.



Tutte le branche/attività ambulatoriali previste dalla DGR 2122/13 sono già attive.

A_82	Anestesia	Con attività di terapia del dolore e cure palliative
A_08	Cardiologia	
A_09	Chirurgia Generale	
A_12	Chirurgia Plastica	
A_14	Chirurgia Vascolare	
A_52	Dermosifilopatia	
A_19	Endocrinologia	
A_58	Gastroenterologia	Con attività di Endoscopia
A_03	Medicina dello Sport e dell'esercizio fisico	
A_03	Medicina di Laboratorio	
A_56	Medicina Fisica e Riabilitativa	
A_32	Neurologia	
A_34	Oculistica	
A_64	Oncologia	
A_36	Ortopedia e Traumatologia	
A_37	Ostetricia e Ginecologia	
A_38	Otorinolaringoiatria	
A_68	Pneumologia	
A_69	Radiologia Diagnostica	
A_71	Reumatologia	
A_43	Urologia	





Regione Veneto  
Azienda U.L.S.S. n. 22  
Bussolengo



Direzione Generale

Prot. n. 29493

Bussolengo, 03/06/2014

Egr. Sig.  
Dott. Domenico Mantoan  
Segreteria Regionale Sanità e Sociale  
Regione Veneto

[protocollo.generale@pec.regione.veneto.it](mailto:protocollo.generale@pec.regione.veneto.it)

Oggetto: Piano aziendale 2014-2015 attuativo della deliberazione della Giunta Regionale n. 2122 del 19 novembre 2013.

Facendo seguito all'incontro del 15 aprile scorso, nel quale i competenti uffici regionali informavano questa Azienda degli esiti delle prime verifiche condotte in ordine al Piano aziendale in oggetto, si forniscono di seguito i chiarimenti in quella sede richiesti relativamente ad alcuni aspetti.

Struttura	Funzione/attività	Verifica
Bussolengo	Neurologia	Viene indicato il Centro per il decadimento cognitivo non previsto dalla DGRV 2122/2013

**Chiarimento.** L'inserimento nelle note del Centro per il Decadimento Cognitivo aveva l'unico scopo di rappresentare come all'interno dell'U.O.C. di Neurologia questa Azienda, con il nuovo Atto aziendale, abbia previsto l'U.O.S. "Centro per il decadimento cognitivo". Ancorché sia vero che il predetto Centro non è previsto dalla DGRV n. 2122/2013, è altrettanto vero che il P.S.S.R. 2012-2016, approvato con la legge regionale n. 23/2012, preveda una rete di servizi clinico-assistenziali specificatamente dedicati alle persone colpite da Alzheimer e da altri tipi di declino cognitivo e di demenza, della quale costituiscono elementi chiave i Centri di decadimento cognitivo. Ad ogni modo tale annotazione, se ritenuta non pertinente, può essere eliminata.

Struttura	Funzione/attività	Verifica
Bussolengo	Anestesia e Rianimazione	Manca data adeguamento.
	Accettazione e Pronto Soccorso	Manca data adeguamento e viene indicato che l'apicalità è condivisa con l'Ospedale di Villafranca (non previsto).
	Farmacia	Manca data adeguamento e viene indicato che l'apicalità è condivisa con l'Ospedale di Villafranca (non previsto).
	Radiologia	Manca data adeguamento e viene indicato che l'apicalità è condivisa con l'Ospedale di Villafranca (non previsto).

**Chiarimento.** I rilievi attengono ad un'unica situazione, ovvero il completamento dei lavori di realizzazione del nuovo Ospedale di Villafranca. Solo con la consegna dell'immobile sarà, infatti, possibile allocare nelle due sedi del Presidio ospedaliero le rispettive Unità operative. Ad oggi non è però nota la data di ultimazione dei lavori, ed è per tale motivo che, realisticamente, questa Azienda ha fissato il termine di 180 giorni dalla consegna dell'immobile per dare attuazione alla programmazione regionale.



Regione Veneto  
 Azienda U.L.S.S. n. 22  
 Bussolengo



Sistema di Gestione Qualità  
 Certificato UNI EN ISO 9001: 2008



Direzione Generale

Struttura	Funzione/attività	Verifica
Villafranca	Medicina Generale	Attività di diabetologia-endocrinologia-centro per l'ipertensione non prevista dalla DGRV n. 2122/2013.

**Chiarimento.** Nel prendere atto del rilievo si evidenzia che, con particolare riguardo all'attività di diabetologia, questa azienda rimane in attesa di conoscere le determinazioni regionali relativamente alla rete delle strutture diabetologiche.

Struttura	Funzione/attività	Verifica
Sacro Cuore - Don Calabria	Gastroenterologia	Indicare il cod. 58 per attività di malattie infiammatorie croniche.
	Medicina Generale	Indicare il cod. 26 sia per l'attività di reumatologia che per malattie metaboliche.
	PMA	Perché data adeguamento entro il 31/12/2014 dal momento che stanno già svolgendo l'attività?

**Chiarimento.** Nel prendere atto dei rilievi si precisa che, relativamente alla mancata indicazione dei codici per l'attività di malattie infiammatorie croniche, per l'attività di malattie metaboliche e per l'attività di reumatologia, la Struttura ha provveduto a rinviare la relativa scheda completa a questa Ulss.

Per quanto attiene la data di adeguamento per l'attività di PMA, la medesima scheda sopra indicata, la conferma.

Struttura	Funzione/attività	Verifica
Pederzoli	Recupero e rieducazione funzionale	Attività di riabilitazione cardiovascolare e non solamente cardiologica.

**Chiarimento.** Nel prendere atto del rilievo si precisa che la Struttura ha provveduto a rinviare la relativa scheda a questa Ulss, prevedendo l'attività di riabilitazione cardiovascolare.

Infine, con riferimento alla mancanza del parere del Collegio di Direzione si rappresenta che il Piano Aziendale è stato oggetto di informazione con il Consiglio dei Sanitari, ciò in considerazione che, a seguito del venir meno di buona parte degli incarichi di direzione di Dipartimento, strettamente correlata al venir meno di apicalità in ambito sanitario come da programmazione regionale, ed in attesa dell'approvazione del nuovo Atto Aziendale, questa Azienda non ha ritenuto utile la sua convocazione. Per maggior completezza si precisa che ad oggi esso risulterebbe composto dai soli componenti la Direzione Generale e dai responsabili di struttura, soggetti questi ultimi, che in ragione delle loro funzioni, hanno collaborato strettamente con la Direzione per la definizione del Piano in esame. Con i predetti, infatti, si tengono incontri mensili sui dati di attività dell'Azienda e di bilancio, ed in occasione di detti incontri, i Direttori di U.O. sono stati informati e vengono costantemente aggiornati in ordine alla realizzazione del Piano.

Per quanto attiene l'informativa con le Organizzazioni Sindacali essa è avvenuta negli incontri del 14 e del 21 gennaio 2014, oltreché nell'ultimo incontro del 24 aprile 2014.

Nella speranza di aver fornito i chiarimenti richiesti, e disponibili ad ulteriori approfondimenti se ritenuti utili, si porgono cordiali saluti.

Il Direttore Generale  
 avv. Alessandro Dall'Orta

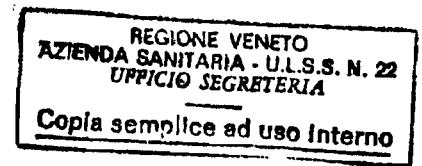
A  
Allegato alla dgr  
n. del



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE VENETO

AZIENDA SANITARIA U. L. S. S. N° 22

BUSSOLENGO



DELIBERAZIONE  
DEL DIRETTORE GENERALE

N° **70** DEL **26 FEB 2015**

OGGETTO

D.G.R.V. N. 2122 DEL 19/11/2013. PIANO AZIENDALE 2014 - 2015  
OBIETTIVI E AZIONI ADEGUAMENTO DOTAZIONE ASSISTENZIALE  
OSPEDALIERA E TERRITORIALE. INTEGRAZIONE DELIBERAZIONE N. 94  
DEL 10/03/2014.

Proponente: Servizio Affari Generali



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
(Dott. Elmer Soffiati)

- ( ) - Si attesta che il costo è stato registrato nel Bilancio economico preventivo.  
( X ) - Si attesta che il presente provvedimento non comporta costo.

IL RESPONSABILE  
DEL SERVIZIO ECONOMICO FINANZIARIO

(Dott.ssa Emanuela Ederle)

Copia della presente deliberazione viene pubblicata all'Albo per giorni 15 da oggi e trasmessa  
al Collegio Sindacale.

Bussolengo, li

**- 2 MAR 2015**



IL RESPONSABILE  
DEL SERVIZIO AFFARI GENERALI  
(Dott. Elmer Soffiati)

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



OGGETTO: D.G.R.V. N. 2122 DEL 19/11/2013. PIANO AZIENDALE 2014 – 2015  
OBIETTIVI E AZIONI ADEGUAMENTO DOTAZIONE ASSISTENZIALE  
OSPEDALIERA E TERRITORIALE. INTEGRAZIONE DELIBERAZIONE N.  
94 DEL 10/03/2014.

**IL DIRETTORE GENERALE**

Il Direttore del Servizio Affari Generali rappresenta quanto segue:

“Con deliberazione n. 94 del 10 marzo 2014, recante ad oggetto: “D.G.R. n. 2122 del 19/11/2013. Piano aziendale 2014 – 2015. Obiettivi e azioni adeguamento dotazione assistenziale ospedaliera e territoriale”, questa Azienda ha dato attuazione alla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 approvativa del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, ed alla deliberazione della Giunta Regionale n. 2122 del 19 novembre 2013. Con tale atto sono stati emanati gli indirizzi ed i criteri operativi che costituiscono lo schema di riferimento per:

- l'assetto territoriale che ciascuna Azienda Ulss dovrà implementare nel proprio ambito di riferimento, anche coerentemente a quanto previsto nel provvedimento n. 975 del 18 giugno 2013 ad oggetto "Organizzazione delle Aziende Ulss 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 (d.lgs. n. 502/1992 art.3, comma 1/bis e art. 7/bis, comma 1 e successive modifiche e integrazioni - L.R. n. 23/2012)";
- l'organizzazione delle reti ospedaliere e del modello organizzativo di integrazione tra Ospedale e Territorio.

La predetta deliberazione, con nota prot. n. 17622 del 31 marzo 2014, è stata trasmessa ai competenti uffici regionali per l'apposizione del prescritto visto di congruità di cui all'art. 6. comma 3 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 ed all'art. 39 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55.

Con nota prot. n. 428896 del 13 ottobre 2014 la Regione ha comunicato gli esiti degli approfondimenti effettuati in merito alla proposta aziendale di attuazione della programmazione in materia di dotazione territoriale, in particolare per quanto riguarda l'attivazione dei n. 21 posti letto per hospice (n. 11 presso Caprino Veronese e n. 10 presso Isola della Scala) ed al mantenimento dei n. 10 posti letto di ospedale di comunità presso Valeggio sul Mincio.

Per maggiore chiarezza si riportano di seguito gli esiti dei predetti approfondimenti: “Per quanto riguarda i posti letto di hospice si è osservato che, con una efficace rete di assistenza territoriale/domiciliare, un adeguato rapporto del numero di posti letto per abitante potrebbe essere pari a 0,05 per 1.000. Per quanto riguarda Valeggio sul Mincio si è osservato che un numero di posti letto indicativamente non meno di 24-25 garantirebbe un miglior uso costo efficiente delle risorse umane.

Da tali osservazioni discenderebbe che, per essere in maggior misura più coerenti con le azioni regionali già poste in essere, si dovrebbe proporre alla Giunta Regionale di esprimere il parere di congruità sui posti letto di hospice limitatamente alla struttura di Caprino Veronese. Contestualmente si dovrebbe procedere ad una modifica della programmazione regionale in materia di dotazione territoriale nel rispetto dell'iter procedimentale previsto

**Allegato alla dgr**

**n. del**



dall'art. 10 della l.r. 23/2012 prevedendo un aumento di posti letto come di seguito indicati:

- n. 10 posti letto di hospice ad Isola della Scala;
- n. 15 posti letto di ospedale di comunità presso Valeggio sul Mincio”.

In ordine alle predette osservazioni la Direzione Generale Area Sanità e Sociale della Regione ha chiesto a questa Azienda, nella persona del Direttore Generale, di fornire un parere in merito.

Con nota prot. n. 56179 del 28 ottobre 2014 il Direttore Generale informava la Direzione regionale di aver prontamente investito della questione l'Esecutivo dei Sindaci, e ciò sul presupposto che la proposta di programmazione territoriale era stata adottata dalla Conferenza dei Sindaci, nel rispetto di quanto previsto dal Piano Socio Sanitario Regionale.

Con la medesima lettera rappresentava come i membri dell'Esecutivo, dalla lettura della nota regionale, avessero ricavato l'impressione che i posti letto complessivi assegnati potessero essere complessivi n. 25 (+ 10 a Isola della Scala e + 15 a Valeggio sul Mincio), anziché i n. 21 che, come primo capoverso, costituivano la dotazione di posti letto territoriali da attivare previsti dalla programmazione sanitaria. Ed in relazione a quale contingente numerico fare riferimento chiedeva chiarimenti, al fine di consentire alla Conferenza dei Sindaci di esprimersi al riguardo.

Il 15 dicembre 2014, non essendo pervenuti i chiarimenti richiesti, la Conferenza dei Sindaci si è espressa nel modo seguente: “... favorevolmente sulla proposta della Regione a condizione che si confermino i 21 posti di hospice precedentemente votati dalla Conferenza del 04/02/2014 “.

Alla luce di quanto sin qui esposto, si propone l'integrazione del Piano Aziendale 2014 - 2015, approvato con deliberazione n. 94 del 10 marzo 2014, prevedendo un aumento di posti letto conformemente alle indicazioni contenute nella nota regionale prot. n. 428896 del 13 ottobre 2014, ovvero:

- n. 10 posti letto di hospice ad Isola della Scala;
- n. 15 posti letto di ospedale di comunità presso Valeggio sul Mincio”.

Lo scrivente Direttore proponente, competente dell'istruzione della proposta di deliberazione in questione, attesta l'avvenuta regolare istruttoria della pratica in relazione, sia alla sua compatibilità con la vigente legislazione nazionale e regionale, sia in relazione alla sua conformità alle direttive aziendali impartite dalla Direzione Strategica.

Acquisito il parere del Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore dei Servizi Sociali, a seconda della loro competenza;

**DELIBERA**

1. di integrare il Piano Aziendale approvato con deliberazione n. 94 del 10 marzo 2014 nella parte relativa all'attuazione delle strutture intermedie, prevedendo l'aumento di posti letto conformemente alle indicazioni contenute nella nota regionale prot. n. 428896 del 13 ottobre 2014, ovvero:
  - n. 10 posti letto di hospice ad Isola della Scala;
  - n. 15 posti letto di ospedale di comunità presso Valeggio sul Mincio;
2. di trasmettere il presente provvedimento ai competenti uffici regionale per il visto di congruità di cui all'art. 6, comma 3 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e di

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



cui all'art. 39 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55;

3. di dare atto che l'adozione del presente provvedimento non comporta costi a carico del Bilancio.

Pareri favorevoli per quanto di competenza:

Direttore Amministrativo

Luigi Mochi

Direttore Sanitario

[Signature]

Direttore dei Servizi Sociali

[Signature]



[Signature]  
DIRETTORE GENERALE

Prof. to Alessandro Dall'Ora