

(Codice interno: 266439)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2634 del 30 dicembre 2013

Approvazione del documento di indirizzo sul Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio. Piano Socio Sanitario Regionale (PSSR) 2012-2016 (L.R. n. 23 del 29 giugno 2012).*[Sanità e igiene pubblica]***Note per la trasparenza:**

Si propone di approvare il documento di indirizzo sul Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, in linea con quanto stabilito dal nuovo PSSR 2012-2016 e dal "Piano d'indirizzo per la riabilitazione" approvato dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 10.02.2011.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29.11.2001 "Definizione dei LEA" colloca i trattamenti di riabilitazione sia nel livello dell'assistenza ospedaliera sia nel livello dell'assistenza territoriale, domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 afferma la necessità di costituire un sistema di interrelazioni tra servizi e operatori volto a rispondere in maniera coordinata e continuativa alla molteplicità dei bisogni espressi dalle persone disabili e che prevede la possibilità di procedere ad una rielaborazione delle linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione approvate con l'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 07.05.1998 (Rep. Atti n. 457).

In linea con quanto disposto dal PSN 2006-2008, in data 10.02.2011, la Conferenza Stato-Regioni ha approvato il "Piano di indirizzo per la riabilitazione", che promuove l'utilizzo di un percorso assistenziale integrato per le persone con disabilità e la definizione di un progetto riabilitativo individuale (PRI) che definisca la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari applicando i diversi parametri elencati nell'International Classification of Function (ICF), oltre a definire le caratteristiche di congruità ed appropriatezza dei diversi interventi, nonché la conclusione della presa in cura sanitaria in relazione agli esiti raggiunti.

Tale documento fornisce elementi di indirizzo per l'attuazione da parte delle amministrazioni regionali e delle province autonome, fatta salva l'autonomia da parte delle stesse nell'adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione.

Tra gli indirizzi strategici viene individuata la struttura dipartimentale quale modello per il coordinamento unificato dei vari percorsi assistenziali, al fine di garantire alle persone con disabilità un percorso riabilitativo unico integrato all'interno dell'area riabilitativa.

Il nuovo Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016 (PSSR), approvato con Legge Regionale n. 23 del 29 giugno 2012, ribadisce i principi di centralità della persona, del percorso assistenziale, della continuità dei processi di cura e riabilitazione e dell'integrazione sociale nonché di partecipazione sociale della persona in linea a quanto previsto dall'Accordo Stato regioni del 10.02.2011.

Il PSSR, a tale scopo, prevede il modello di rete riabilitativo che si esplicita tramite il Percorso Riabilitativo Unico Integrato all'interno del quale si inserisce l'elaborazione del Progetto Riabilitativo Individuale.

La gestione di tale modello di rete spetta al Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio.

Con successivo decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 43 del 21.05.2013, a fronte di quanto sopra esposto, è stato istituito uno specifico gruppo tecnico di lavoro deputato allo sviluppo di un documento di indirizzo sull'organizzazione dell'attività del Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio nell'ambito delle linee programmatiche dettate dal nuovo PSSR 2012-2016.

Il gruppo tecnico ha concluso il proprio lavoro elaborando un documento tecnico, agli atti della Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria.

Condividendo quanto elaborato dal citato gruppo, si propone di approvare il documento d'indirizzo sul Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, così come riportato nell'**allegato A**, parte integrante del presente provvedimento.

Si dà atto che il presente atto non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il Relatore conclude la propria relazione e sottopone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il Relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTO il DPCM 29.11.2001;

VISTO l'accordo recante "Linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione" (Rep. Atti n. 457/CSR del 7.05.1998);

VISTO l'accordo sul documento concernente "Piano d'indirizzo per la riabilitazione" (Rep. Atti n. 30/CSR del 10.02.2011);

VISTA la L.R. n. 23 del 29.06.2012;

VISTA la DGR n. 837 del 04.06.2013;

VISTO il Decreto del Segretario Regionale per la Sanità n. 43 del 21.05.2013;

delibera

1. di approvare il documento d'indirizzo sul Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, così come riportato nell'**allegato A**, parte integrante del presente provvedimento;
2. di approvare le disposizioni e i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
3. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
4. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione Veneto.



ALLEGATO A alla Dgr n. 2634 del 30 dicembre 2013

pag. 1/4

DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI RIABILITAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

AMBITO DI APPLICAZIONE E QUADRO NORMATIVO

Le linee guida del Ministero della Salute per le attività di riabilitazione, approvate con l'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 07 maggio 1998 (Rep. Atti n. 457), hanno definito i seguenti principi fondamentali:

- la presa in carico globale della persona;
- la valutazione del bisogno riabilitativo-assistenziale;
- l'elaborazione e l'implementazione del progetto riabilitativo individuale.

Il Piano d'Indirizzo per la Riabilitazione, approvato il 10 febbraio 2011 dalla Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (Rep. Atti n. 30), afferma quanto segue:

“In considerazione della complessità dei percorsi assistenziali riabilitativi e della loro necessaria e coerente articolazione nell'ambito di diversificate tipologie di setting ospedaliero, extraospedaliero, territoriale, sanitario e sociale appare indispensabile un'organizzazione dipartimentale delle attività di riabilitazione.

Il Dipartimento di Riabilitazione fornisce la garanzia della realizzazione di un adeguato percorso di cura riabilitativo per tutte le persone che ne hanno bisogno e rappresenta lo snodo reale della Clinical Governance; al Dipartimento di Riabilitazione devono essere forniti gli strumenti per raggiungere obiettivi di qualità clinica ed organizzativa, nel rispetto delle risorse disponibili; devono inoltre essere attribuiti gli strumenti per gestire la sicurezza, la qualità, la politica di formazione del personale, l'audit, etc. A tal fine il Dipartimento di Riabilitazione si fa garante di una forte integrazione organizzativa con i presidi privati accreditati eventualmente presenti sul territorio secondo i principi di efficienza ed appropriatezza”.

MISSION

Partendo da queste premesse di ordine legislativo è necessario porre al centro del progetto assistenziale la persona con disabilità e la sua famiglia utilizzando lo strumento del *Progetto Riabilitativo Individuale (PRI)*, all'interno di *Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA)*, come elemento essenziale per attuare un intervento efficace e sostenibile.

Il modello è quello della presa in carico della persona nel suo complesso, indipendentemente dall'età, attraverso percorsi diagnostico-terapeutici che assicurino la continuità e l'appropriatezza delle cure evitando ridondanze e sovrapposizioni.

Si ritiene che tali PDTA debbano essere il più possibile omogenei rispondendo alla necessità di avere delle linee guida regionali almeno per le macro categorie di disabilità.

Si rende necessario, a tal fine, strutturare un'articolazione organizzativa che, secondo i principi del “Governo Clinico”, garantisca il coordinamento di tutte le attività ambulatoriali e residenziali delle strutture pubbliche, ospedaliere e territoriali, e delle strutture private accreditate e rappresenti un trait d'union con l'ambiente socio-familiare.

L'ottimizzazione della funzione riabilitativa è affidata al Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio che, nell'assicurare la continuità delle cure, garantisce il percorso più sostenibile nel setting più appropriato nelle diverse fasi di cura, mirando al più rapido e completo reinserimento nel contesto individuale, familiare, ambientale e sociale.

Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio:

1. rappresenta lo snodo reale della *Clinical Governance* e negozia le risorse attraverso le direzioni strategiche;

ALLEGATO A alla Dgr n. 2634 del 30 dicembre 2013

pag. 2/4

2. assicura le prestazioni nell'ambito del budget assegnato a seguito della suddetta procedura di negoziazione e rendiconta annualmente sugli obiettivi assegnati;
3. elabora un documento condiviso tra i vari attori del sistema riabilitativo in modo da costruire un codice etico per la tutela delle situazioni di maggiore criticità e un utilizzo equo delle risorse per il bene comune e vigila sul rispetto dello stesso. Nello stesso documento deve essere individuato il fabbisogno a livello distrettuale e ospedaliero, nel rispetto del principio di prossimità delle cure e dell'assistenza, finalizzato anche alla contrattualizzazione (da parte della Direzione Strategica Aziendale) di strutture erogatrici da gestire a livello aziendale;
4. applica i protocolli e i PDTA idonei ad assicurare una risposta globale ed efficace alle richieste del cittadino utente e attraverso il governo dei PDTA assicura la presa in carico e la continuità delle cure in tutte le fasi, garantendo:
 - la centralità della persona e la condivisione del Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) con la stessa e con i suoi familiari;
 - l'accessibilità;
 - la sostenibilità e l'appropriatezza del PRI e dei programmi attuativi;
 - la globalità e la precocità degli interventi;
 - l'interdisciplinarietà e multi professionalità degli interventi;
 - la continuità delle cure;
 - l'integrazione socio sanitaria;
 - la restituzione della persona al suo ambiente di vita.

L'impegno prioritario del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio a garanzia del governo clinico è centrato sulle seguenti funzioni:

- costruire progetti di struttura, di processo/percorso riabilitativo ordinati per dimensione e per gravità del bisogno di salute al quale rispondono;
- costruire interfacce tra le varie componenti dell'offerta riabilitativa presenti;
- applicare i PDTA elaborati a livello regionale e nazionale per le maggiori disabilità, verificarne l'attuazione e conseguentemente l'appropriatezza delle prestazioni erogate nell'azienda;
- orientare tutta l'organizzazione all'outcome e all'appropriatezza basata sull'Evidence Based Medicine (EBM);
- monitorare le attività erogate.

Aspetti peculiari del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio sono:

1. **Integrazione delle funzioni/attività sanitarie e sociali di riabilitazione**, con definizione e gestione unitaria del percorso di presa in carico (PRI) dal momento della individuazione precoce della situazione disabilitante, fino alla fase della reintegrazione nella comunità e della eventuale gestione degli esiti non emendabili;
2. **Integrazione ospedale-territorio**, con superamento definitivo della dicotomia fra attività ospedaliere e territoriali, definendo le specifiche modalità di dimissione protetta, comprensive di una valutazione di tipo multidimensionale quando il bisogno è di natura socio-sanitaria, in modo da assicurare la continuità degli interventi territoriali ed individuare le strutture necessarie a garantire una continuità assistenziale per i pazienti presi in carico;
3. **Gestione strutturale diretta** delle Unità Riabilitative Complesse (UOC) e Semplici a valenza Dipartimentale (UOSD) afferenti al dipartimento, e **raccordo funzionale** di queste strutture, delle strutture terze che erogano anche attività riabilitative e del privato accreditato che opera in ambito riabilitativo;
4. **Formazione e aggiornamento professionale**, in particolare per le competenze interprofessionali-disciplinari (non solo sul piano tecnico/scientifico ma anche relazionale e gestionale in un'ottica ispirata all'International Classification of Function (ICF));
5. **Definizione e gestione** delle relazioni con gli altri sistemi organizzati dell'offerta socio-sanitaria, con le altre agenzie istituzionali e del terzo settore (mondo della scuola, lavoro, associazionismo, volontariato ecc.).

ALLEGATO A alla Dgr n. 2634 del 30 dicembre 2013

pag. 3/4

Per la complessità delle cure riabilitative che prevede la definizione e gestione unitaria del percorso di presa in carico (PRI), oltre ai Dipartimenti della Funzione Riabilitativa delle Aziende ULSS, laddove presenti le Aziende Ospedaliere dovranno essere costituiti dei dipartimenti interaziendali tra le Unità Operative di Medicina Fisica e Riabilitativa delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende ULSS; tali dipartimenti potranno essere esclusivamente funzionali e potranno avere anche un importante ruolo nell'ambito della formazione e della ricerca scientifica considerato che le Aziende Ospedaliere-Universitarie sono recepite sedi di riferimento regionale con funzioni di didattica, ricerca ed assistenza clinica.

Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, pertanto, si connota per essere un dipartimento trasmurale ed è composto dalle seguenti strutture, ove presenti:

- a) Unità Spinali (cod. 28),
- b) Unità di Neuroriabilitazione per l'età adulta e per l'età evolutiva (cod. 75),
- c) Unità operative di Medicina Fisica e Riabilitativa ospedaliere (cod. 56),
- d) Unità operative di Lungodegenza ospedaliere (cod. 60),
- e) Tutte le Unità operative specialistiche riabilitative territoriali e ospedaliere (es. Cardiologia Riabilitativa, Pneumologia Riabilitativa, ecc.),
- f) Presidi e/o Centri e/o Unità Operative che erogano prestazioni riabilitative di carattere estensivo o intensivo sul territorio.

Dal punto a) al punto d) l'appartenenza al dipartimento deve essere strutturale.

Il Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, in tal modo, si articola in un sistema organizzato di servizi che offrono assistenza riabilitativa nelle diverse fasi del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA), dall'acuzie fino al rientro al domicilio, e nelle diverse fasi della vita (età evolutiva, età adulta, età geriatrica).

COMPOSIZIONE DEL DIPARTIMENTO

La direzione organizzativa e gestionale del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio è articolata su due livelli:

- il Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio, con funzione direzionale;
- il Comitato di Dipartimento con funzioni di indirizzo, programmazione e gestione delle attività del Dipartimento.

La Direzione del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio rappresenta il centro unitario di collegamento funzionale fra tutte le strutture sia pubbliche che private accreditate per garantire livelli uniformi di assistenza e omogeneità di intervento, sull'intero territorio di competenza, attraverso una rilevazione organica e comparabile dei bisogni di trattamento, e attraverso la definizione e progettazione integrata delle strategie di intervento.

DIRETTORE

Il Direttore, nominato dal Direttore Generale tra i Direttori di Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitativa, assorbe le funzioni di Direttore del Dipartimento ed è equiparato sul piano economico ai Direttori dei Dipartimenti Strutturali.

Il Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio è responsabile del raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione aziendale, individuati d'intesa con le Direzioni della Funzione Ospedaliera e della Funzione Territoriale e negoziati con la Direzione Generale.

Al Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio spetta:

- la negoziazione del budget con la Direzione della Funzione Ospedaliera e con la Direzione della Funzione Distrettuale per le parti di competenza sulla base delle caratteristiche trasmurali del dipartimento;

ALLEGATO A alla Dgr n. 2634 del 30 dicembre 2013

pag. 4/4

- l'attività di monitoraggio e la puntuale verifica della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate operanti sul territorio di competenza sulla base di definiti PDTA.

COMITATO

Il Comitato di dipartimento rappresenta, unitamente al Direttore, l'organismo di direzione e coordinamento del dipartimento medesimo ed è presieduto dal Direttore.

È composto, a regime, da:

- 1) direttori delle strutture complesse di riabilitazione del Dipartimento;
- 2) responsabili delle strutture semplici di riabilitazione a valenza dipartimentale del Dipartimento;
- 3) n. 1 Direttore di UOC nominato in rappresentanza di tutti Direttori delle UU.OO. con le quali si condivide funzionalmente il personale della riabilitazione, nell'ambito delle attività coordinate dal Direttore del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio (es. Cure Primarie, Neuropsichiatria Infantile, ecc.);
- 4) n. 2 Dirigenti afferenti al Dipartimento eletti tra tutti i dirigenti di area sanitaria delle strutture di riabilitazione che non sono membri di diritto del Comitato;
- 6) Il Coordinatore delle Professioni Sanitarie del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio;
- 7) N. 1 Rappresentante di area riabilitativa da nominare all'interno delle strutture del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio previste al punto g).

Il comitato deve riunirsi almeno due volte all'anno su richiesta del direttore e delibera con la maggioranza dei voti espressi; a parità di voto prevale il voto del direttore di dipartimento.

La seduta del Comitato è valida se è presente la metà più uno dei componenti.

Il Comitato assume decisioni, nel rispetto delle direttive della direzione aziendale e con particolare riguardo al coordinamento funzionale, sui seguenti argomenti:

- pianificazione annuale delle attività;
- valutazione, fornendo il proprio parere, delle proposte del Direttore del Dipartimento, per l'utilizzazione degli spazi, attrezzature, orari delle attività e quindi del personale, le richieste dei beni e dei servizi, i programmi di formazione e aggiornamento, lo sviluppo di nuove attività, di riordino o di cessazione;
- sperimentazione e adozione di modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza e all'integrazione delle attività delle strutture del dipartimento per raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto;
- coordinamento e sviluppo delle attività cliniche, di ricerca, di formazione, di studio e di verifica della qualità delle prestazioni;
- miglioramento dei livelli di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno delle strutture del dipartimento;
- determinazione dei modelli per la verifica e la valutazione della qualità dell'assistenza fornita;
- valutazione, altresì, di ogni altra proposta o argomento che gli venga sottoposto in relazione a problemi o eventi di particolare importanza.

Le attività del Dipartimento Funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio devono essere tese all'integrazione con gli Enti Locali, con le modalità e i contenuti dei Piani di Zona gestiti dai singoli Distretti Socio-Sanitari, in modo da orientare gli stessi piani alla più ampia omogeneità.

Vanno altresì promossi rapporti di collaborazione con tutte le associazioni dei cittadini operanti nel campo dell'assistenza ai disabili.

Per consentire valutazioni oggettive sull'appropriatezza delle cure erogate sarà necessario individuare, con l'aiuto delle Società Scientifiche, PDTA condivisi a livello regionale. A tale scopo si prevede che un direttore di dipartimento per ogni provincia possa divenire referente presso la regione nei riguardi di PDTA, qualità, formazione, governo clinico, nell'ottica della costituzione di una rete riabilitativa regionale.

(Codice interno: 267037)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2635 del 30 dicembre 2013

DGR n.441/2013: erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali: approvazione programma di budget 2014 per le singole ULSS per la macroarea "branche a visita".*[Sanità e igiene pubblica]***Note per la trasparenza:**

la presente D.G.R. definisce l'entità delle risorse utilizzabili dalle Aziende Sanitarie nell'anno 2014 per gli erogatori privati esclusivamente ambulatoriali che svolgono attività nell'ambito della macroarea "branche a visita", sulla base delle verifiche effettuate dalla Commissione Tecnica prevista dalla DGR n.441/2013.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Nell'anno 2012 è stato approvato il D.L. n. 95/2012 "Disposizioni urgenti per la riduzione della spesa pubblica a servizi invariati" (c.d. *spending review*), che è stato successivamente convertito, con modificazioni, nella Legge 7 agosto 2012 n. 135. In tale norma sono ricompresi importanti interventi strutturali rivolti a migliorare la produttività delle diverse articolazioni della P.A., tra cui sono state previste specifiche misure per il settore della Sanità.

La Giunta Regionale, con D.G.R. n. 1670 del 7.8. 2012, ha già assunto, quale prima determinazione da porre in atto per l'anno 2012, la riduzione del 5 per cento dei limiti di costo per i Direttori Generali delle Aziende ULSS ed Ospedaliere e dell'IRCCS "IOV", in conseguenza a quanto contenuto nell'art. 15, comma 13, del D.L. 95/2012, poi convertito nella citata Legge 135/2012.

Con la D.G.R. n. 2621 del 18.12.2012, la Giunta Regionale, nel ricordare che gli ambiti operativi sui quali interviene la citata Legge 135/2012 riguardano anche l'assistenza specialistica ambulatoriale, ha dato ulteriori indicazioni operative. Tra le suddette indicazioni, la D.G.R. ha determinato le quote di budget 2013 e 2014 per gli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali, distinguendole per macroarea.

Con la successiva D.G.R. n. 441 del 10.4.2013, la Giunta Regionale ha confermato per gli anni 2014-2015 i budget assegnati con la suddetta D.G.R. n. 2621/2012 e ha disposto la istituzione di una Commissione con i compiti, tra gli altri, di effettuare la verifica, per l'anno 2013, sulla equa distribuzione dei budget delle branche a visita e sul budget complessivo erogato, di effettuare le valutazioni per l'attribuzione delle quote extrabudget 2014-2015 delle macroaree di Laboratorio Analisi, Radiologia, Medicina Fisica Riabilitativa e le valutazioni per la attribuzione dei budget 2014-2015 della macroarea "branche a visita", incaricando il Direttore Generale per la Sanità e il Sociale alla nomina dei relativi componenti.

Tale Commissione Tecnica è stata nominata con Decreto del suddetto Direttore n.37 del 2.5.2013 e si prende atto che sono in corso di definizione le valutazioni relative ai budget 2013 e le verifiche per l'attribuzione delle suddette quote extrabudget 2014-2015, svolte coinvolgendo anche esperti di ciascuna delle suddette branche di Laboratorio Analisi, Radiologia e Medicina Fisica Riabilitativa.

Per quanto riguarda la entità del budget delle "branche a visita", la Commissione ha lavorato in costante collegamento con i competenti uffici regionali e sentendo anche le Direzioni Aziendali, producendo la allegata relazione dal titolo "*La valutazione dei budget delle branche a visita*" che costituisce l'**Allegato A** del presente provvedimento di cui è parte integrante.

In tale relazione emerge, tra l'altro, che "*..sebbene l'Ossigenoterapia Iperbarica (OTI) sia storicamente classificata tra le branche a visita presenta importanti peculiarità da rendere opportuna una trattazione a parte: necessita di strumentazione ad alto contenuto tecnologico (camera iperbarica) con una attività che viene effettuata solo a livello sovra aziendale (4 camere iperbariche in tutta la Regione). Per le suddette caratteristiche, si propone, a partire dall'anno 2014, di classificare l'OTI a parte tra le branche a visita e procedere con un provvedimento specifico e distinto nella assegnazione dei budget alle singole Aziende...*"

Sulla base di quanto sopra, la Commissione ha proceduto a scorporare, all'interno del budget complessivo per le branche a visita, uno specifico budget per le prestazioni ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica (OTI), da attribuire a ciascuna Azienda ULSS affinché possa assegnare il proprio budget direttamente alle strutture OTI interessate.

Per quanto riguarda l'entità complessiva dei budget delle branche a visita, la Commissione, dopo le opportune verifiche, ha determinato il fabbisogno secondo la tabella inclusa nella appendice della suddetta relazione che costituisce l'**Allegato B** al

presente provvedimento di cui è parte integrante. Tale tabella descrive le quote massime che ciascun Direttore Generale può assegnare, mediante Accordo Contrattuale di cui alla DGR 1765/2012, agli erogatori privati accreditati per le "branche a visita" con una parte specificatamente descrivente il budget per l'ossigenoterapia iperbarica da assegnare a ciascuna ULSS per i propri residenti.

Per effetto del provvedimento in parola, con decorrenza delle prestazioni effettuate dal 01.01.2014, non saranno più addebitate in mobilità intraregionale le prestazioni ambulatoriali di ossigenoterapia iperbarica erogate ai residenti in Veneto. Tali prestazioni dovranno essere fatturate alle Aziende ULSS di residenza. Pertanto le strutture private accreditate che erogano prestazioni OTI provvederanno ad addebitare con fatturazione diretta i cicli chiusi dal primo gennaio 2014, anche se iniziati nel 2013, mentre le modalità di addebito delle prestazioni erogate a cittadini residenti fuori regione (mobilità interregionale) rimangono invariate.

Ritenuta valida la proposta così come formulata, si propone di assegnare i budget delle branche a visita per l'anno 2014 secondo quanto descritto nel suddetto **Allegato B**.

Il Relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 53, 4° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTO il D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con L. 7 agosto 2012, n.135;

VISTA la D.G.R. n.1670 del 7.8.2012;

VISTA la D.G.R. n.1765 del 28.8.2013

VISTA la D.G.R. n. 2621 del 18.12.2012;

VISTA la D.G.R. n. 441 del 10.4.2013;

VISTO il Decreto n. 37 del 2.5.2013 del Direttore Generale della Sanità e Sociale

delibera

1. di approvare la premessa come parte integrante del presente provvedimento;
2. di approvare i contenuti del documento dal titolo "*La valutazione dei budget delle branche a visita*". che costituisce l'**Allegato A** del presente provvedimento ed è parte integrante dello stesso;
3. di approvare, per l'anno 2014, per gli erogatori privati accreditati esclusivamente ambulatoriali, le quote di assegnazione budget della macroarea "branche a visita" descritte in **Allegato B** al presente provvedimento che è parte integrante dello stesso
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spese a carico del bilancio regionale;
5. di pubblicare la presente deliberazione del Bollettino Ufficiale della Regione.



ALLEGATO A alla Dgr n. 2635 del 30 dicembre 2013

pag. 1/3

Segreteria Regionale per la Sanità

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria

La valutazione dei budget delle branche a visita

Commissione Tecnica ex DGR 441/2013

ALLEGATO A alla Dgr n. 2635 del 30 dicembre 2013

pag. 2/3

LA VALUTAZIONE DEI BUDGET DELLE BRANCHE A VISITA**1. IL BUDGET DELLE BRANCHE A VISITA 2013**

Il budget complessivo lordo 2011 per la macroarea "altro", corrispondente alle branche a visita, è risultato pari a 22.128.346 €, e quello proposto nel 2012 dai Direttori Generali per l'anno 2013 è stato pari a 20.739.668 €; quello assegnato con DGR 2621/2012 in seguito alla proposta della segreteria regionale per la sanità è stato 21.987.000

Il monitoraggio sull'utilizzo del budget delle branche a visita ha seguito lo stesso percorso sopra descritto per il budget complessivo.

Alla conclusione del suddetto monitoraggio la Commissione, sulla base dei dati acquisiti dal Servizio Assistenza Ambulatoriale, ha preso atto che il budget 2013 assegnato con gli Accordi Contrattuali è risultato pari a € 19.534.642 (-11,2% del budget 2621/2012).

Come già espresso nella relazione relativa agli accreditamenti, dalle verifiche della Commissione è emersa la necessità di distinguere il budget della Ossigenoterapia Iperbarica (OTI) da quello delle altre branche a visita.

Infatti, sebbene l'OTI sia storicamente classificata tra le branche a visita presenta importanti peculiarità da rendere opportuna una trattazione a parte: necessita di strumentazione ad alto contenuto tecnologico (camera iperbarica) con una attività che viene effettuata solo a livello sovra aziendale (4 camere iperbariche in tutta la Regione).

Per le suddette caratteristiche, si propone, a partire dall'anno 2014, di classificare l'OTI a parte tra le branche a visita e procedere con un provvedimento specifico e distinto nella assegnazione dei budget alle singole Aziende. Tale scorporo dell'OTI dal resto delle branche a visita appare importante anche in relazione alle problematiche emerse nel corso del 2013. Per l'ossigenoterapia si sono infatti verificate difficoltà di mantenimento del budget e di risposta dei tempi di attesa, tanto da necessitare di organizzare un incontro specifico della Segreteria Regionale con i Direttori Sanitari delle quattro aziende ULSS dotate di camera iperbarica nel proprio territorio. Dalla discussione e dalla analisi dei dati è emersa una notevole differenza tra ULSS nel tasso/1000 di utilizzo di tale prestazione con un range compreso tra 2,4 e 24,1 nei dati più aggiornati acquisiti dalla Commissione (1° semestre 2013).

La Commissione ha altresì acquisito il valore del budget lordo complessivo OTI per residenti in Veneto (€ 5.299.718) e relativa stima 2013 di € 5.556.244 (su consumo primo semestre) per il 2013. Quest'ultimo valore è pari al 28,4 % del budget assegnato mediante accordi contrattuali per branche a visita nel 2013 (suddetti 19.534.642 Euro).

Infine, l'esame del numero di prestazioni di odontoiatria ha messo in evidenza la presenza di aree disagiate con basso numero di prestazioni per abitante. In questi casi appare opportuno un intervento per migliorare l'accesso dei cittadini a questo tipo di prestazioni, anche con l'incremento di tale attività nelle aree disagiate.

ALLEGATO A alla Dgr n. 2635 del 30 dicembre 2013

pag. 3/3

2. PROPOSTA BUDGET BRANCHE A VISITA 2014-2015

Per la proposta di budget 2014-15 la Commissione ha tenuto conto di quanto emerso nel corso del 2013 e, al tempo stesso, richiedendo alle Direzioni Aziendali una proposta di budget per l'anno 2014-2015 (protocolli singoli aziendali inviati in data 29.10.2013). Il fabbisogno complessivo per branche a visita espresso in suddette proposte è risultato pari ad € 21.054.980, di poco inferiore (-3,8%) al budget previsto della DGR 2621/2012.

Alla luce di quanto sopra, la Commissione, per le ragioni esposte al precedente punto 1, propone lo scorporo del budget OTI e di assegnare una specifica quota a ciascuna Azienda da utilizzare per i propri residenti secondo accordi contrattuali direttamente sottoscritti con le strutture OTI di riferimento.

Tenuto conto quanto sopra esposto, comprese le difficoltà sul rispetto dei tempi di attesa, la Commissione propone un budget complessivo 2014 pari ad € 21.477.709 (-1,9% inferiore al budget 2621/2012) di cui 5.595.000 (26,6 %) di OTI ed € 15.882.709 per le altre branche a visita.

Per il calcolo della suddetta quota OTI, da assegnare alle diverse ULSS, si è proceduto tenendo conto, per ciascuna ULSS, del tasso per 1000/residenti di tali prestazioni. Per la precisione, partendo dal budget consumato da ciascuna ULSS si è proceduto ad assegnare un budget in diminuzione dove il tasso di prestazioni è risultato sopra la media regionale e un budget in aumento dove tale tasso risultava inferiore alla media. Tale assegnazione ha tenuto conto, inoltre, della necessità di progredire in maniera graduale verso la media, al fine di permettere il realizzarsi dei relativi processi di riorganizzazione e di miglioramento della appropriatezza delle richieste.

Il valore del budget OTI così calcolato è risultato pari al suddetti € 5.595.000, di poco superiore alla previsione 2013 (€ 5.556.244); i valori per azienda ULSS, distinti per branche a visita e prestazioni OTI, sono riportati nell'allegato alla presente relazione.

Infine, nell'ambito della programmazione locale e regionale e compatibilmente con le risorse disponibili, la commissione ritiene utile l'incremento di suddetto budget (sempre rimanendo nei limiti della DGR n.2621) a favore di attività odontoiatrica in aree disagiate.


ALLEGATO B alla Dgr n. 2635 del 30 dicembre 2013

pag. 1/1

EROGATORI PRIVATI ACCREDITATI ESCLUSIVAMENTE AMBULATORIALI		
BUDGET 2014 PER BRANCHE A VISITA		
AZ.ULSS	O.T.I. 2014	ALTRE BRANCHE A VISITA 2014
ULSS 1	52.000	-
ULSS 2	31.000	-
ULSS 3	103.000	-
ULSS 4	167.000	275.000
ULSS 5	190.000	260.000
ULSS 6	422.000	755.310
ULSS 7	60.000	1.379.000
ULSS 8	138.000	116.000
ULSS 9	185.000	1.125.909
ULSS 10	92.000	1.046.000
ULSS 12	308.000	348.640
ULSS 13	291.000	948.342
ULSS 14	74.000	572.000
ULSS 15	520.000	434.000
ULSS 16	705.000	7.201.295
ULSS 17	231.000	97.000
ULSS 18	76.000	557.000
ULSS 19	24.000	-
ULSS 20	995.000	767.213
ULSS 21	228.000	
ULSS 22	703.000	-
TOTALE	5.595.000	15.882.709