

Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 (BUR n. 53/2012)

NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA E APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2016 (i)

Art. 1 - Modifiche dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 "Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517".

1. All'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 dopo il comma 1 è inserito il seguente:

omissis (ii)

2. Alla lettera b) del comma 2 dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 la parola "triennio" è sostituita con la parola "quinquennio".

3. Al fine di assicurare le migliori performance gestionali ed assistenziali, il bacino di riferimento delle aziende unità locali socio-sanitarie (ULSS) è compreso tra i 200.000 e i 300.000 abitanti, fatta salva la specificità del territorio montano, lagunare e del polesine, in conformità a quanto previsto dall'articolo 15 dello Statuto.

4. Viene individuata la figura del direttore generale alla sanità e al sociale, (iii) nominato dalla Giunta regionale (iv), su proposta del Presidente della Giunta regionale. Al direttore generale alla sanità e al sociale competono la realizzazione degli obiettivi socio-sanitari di programmazione, indirizzo e controllo, individuati dagli organi regionali, nonché il coordinamento delle strutture e dei soggetti che a vario titolo afferiscono al settore socio-sanitario. L'incarico di direttore generale alla sanità e al sociale (v) può essere conferito anche ad esperti e professionisti esterni all'amministrazione regionale, con contratto di diritto privato a tempo determinato, risolto di diritto non oltre sei mesi successivi alla fine della legislatura. (vi)

Art. 2 - Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2012-2016.

1. In attuazione dell'articolo 55 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", degli articoli 2 e 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, nel rispetto dei principi fondamentali contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni, in coerenza con il vigente Piano sanitario nazionale e con il Programma regionale di sviluppo (PRS) approvato con legge regionale 9 marzo 2007, n. 5 "Programma regionale di sviluppo (PRS)", è approvato il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016, di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante della presente legge.

2. Il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 individua gli indirizzi di programmazione socio-sanitaria regionale per il quinquennio 2012-2016.

3. Il Piano socio-sanitario regionale 2012-2016 è attuato dai provvedimenti di attuazione nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali, adottati dalla Giunta regionale e trasmessi alla competente commissione consiliare, che esprime il proprio parere. (vii)

(i) La legge è stata impugnata dal Governo innanzi alla Corte Costituzionale con ricorso n. 119/2012 (G.U. 1ª serie speciale n. 42/2012), con il quale è stata sollevata questione di legittimità costituzionale degli articoli 1, comma 4, 9, comma 1 e 10, comma 1, per violazione degli articoli 97, 121 e 123 della Costituzione e degli articoli 46 e 58 dello Statuto della Regione Veneto. Secondo il ricorrente, le disposizioni impuginate alterano gli equilibri e violano il riparto di competenze tra Giunta e Consiglio regionale così come definite dalle norme costituzionali e

statutarie sopra citate, in quanto l'articolo 1, comma 1 assegna al Consiglio regionale il compito di nominare un dirigente di struttura della Giunta mentre, per le funzioni attribuite, la nuova figura del Direttore generale alla sanità e al sociale costituirebbe un organo amministrativo tipicamente "esecutivo", e gli articoli 9, comma 1 e 10, comma 1 assegnano al Consiglio regionale il compito di esprimere, con un atto sostanzialmente co-decisorio, un parere obbligatorio "vincolante" sull'approvazione delle schede di dotazione ospedaliera e delle schede di dotazione territoriale, che costituisce un atto tipicamente "esecutivo" poichè è finalizzata a dare attuazione a precedenti atti programmatori: giudizio pendente.

(ii) Testo riportato dopo il comma 1 dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56.

(iii) Il comma 5 dell'articolo 31 della legge regionale 31 dicembre 2012, n. 54 prevede che "il Direttore Generale della Sanità e del Sociale è equiparato al Direttore di Area".

(iv) Comma così modificato da articolo 1 legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 che ha sostituito le parole "dal Consiglio regionale" con le parole "dalla Giunta regionale".

(v) Vedi l'articolo 10 della legge regionale 19 marzo 2013, n. 2 in materia di durata del contratto del direttore generale alla sanità e al sociale e l'articolo 11 della medesima legge regionale che detta disposizioni transitorie in materia di rinegoziazione di tale contratto

(vi) La legge è stata impugnata dal Governo innanzi alla Corte Costituzionale con ricorso n. 119/2012 (G.U. 1ª serie speciale n. 42/2012), con il quale è stata sollevata questione di legittimità costituzionale degli articoli 1, comma 4, 9, comma 1 e 10, comma 1, per violazione degli articoli 97, 121 e 123 della Costituzione e degli articoli 46 e 58 dello Statuto della Regione Veneto. Secondo il ricorrente, le disposizioni impugnite alterano gli equilibri e violano il riparto di competenze tra Giunta e Consiglio regionale così come definite dalle norme costituzionali e statutarie sopra citate, in quanto l'articolo 1, comma 1 assegna al Consiglio regionale il compito di nominare un dirigente di struttura della Giunta mentre, per le funzioni attribuite, la nuova figura del Direttore generale alla sanità e al sociale costituirebbe un organo amministrativo tipicamente "esecutivo", e gli articoli 9, comma 1 e 10, comma 1 assegnano al Consiglio regionale il compito di esprimere, con un atto sostanzialmente co-decisorio, un parere obbligatorio "vincolante" sull'approvazione delle schede di dotazione ospedaliera e delle schede di dotazione territoriale, che costituisce un atto tipicamente "esecutivo" poichè è finalizzata a dare attuazione a precedenti atti programmatori: giudizio pendente.

(vii) Comma così modificato da comma 1 articolo 2 legge regionale 3 dicembre 2012, n. 46 che ha soppresso le parole "entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge" e le parole "entro e non oltre sessanta giorni dalla data di ricevimento, trascorsi i quali si prescinde dal parere stesso".

3.5 AREE DI INTERVENTO SOCIALE E SANITARIO

3.5.1 Organizzazione degli interventi socio-sanitari

I cambiamenti sociali e demografici, quali l'invecchiamento della popolazione, la crisi economica ed il conseguente aggravamento del carico familiare influenzano i bisogni sociali e socio-sanitari e sollecitano sinergie tra le organizzazioni, orientando all'interdisciplinarietà, alla continuità dei percorsi di cura, ad un sistema integrato di interventi.

In quest'ottica il modello socio-sanitario veneto di servizi integrati alla persona si conferma come la modalità di risposta più adeguata ai bisogni della popolazione, che trova realizzazione nell'ambito dei Distretti socio-sanitari.

La programmazione e la gestione associata dei servizi sociali dei Comuni e socio-sanitari delle Aziende ULSS si concretizza nei Piani di Zona, strumento che nell'ultimo quindicennio ha contribuito al processo di evoluzione del *welfare* veneto.

Attraverso il piano di zona, si perseguono le seguenti finalità:

- promuovere una programmazione sociale integrata in grado di coniugare le strategie di protezione con quelle di promozione del benessere dei cittadini;
- favorire l'equità territoriale, sostenendo l'equilibrio nell'offerta dei servizi e promuovendo regolamenti e comportamenti uniformi all'interno del territorio;
- favorire lo sviluppo di un sistema di offerta in grado di cogliere l'evoluzione dei bisogni della popolazione;
- favorire la piena integrazione fra i soggetti pubblici e i soggetti del privato sociale interessati alla costruzione del sistema integrato di interventi e servizi sociali;
- sostenere e facilitare il governo dell'integrazione socio-sanitaria.

Per poter perseguire tali finalità, il piano di zona si configura come specifico strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con le linee di indirizzo regionali. Attraverso il piano di zona si programmano la distribuzione e l'allocatione delle risorse coerentemente con i vincoli stabiliti su base regionale, nonché tutti gli interventi sociali e socio-sanitari del territorio, includendo sia gli interventi consolidati, sia le azioni di potenziamento e di innovazione promosse. A tale scopo devono essere inclusi nel piano di zona tutti gli interventi sociali e socio-sanitari, pubblici e privati, siano essi riferiti al territorio comunale, sovracomunale, distrettuale o all'intero ambito territoriale di riferimento dell'azienda ULSS.

Sulla progettazione regionale che affrisce al territorio deve essere acquisito il parere del comune territorialmente competente.

Il piano di zona rappresenta lo strumento attraverso il quale sono definiti progetti di collegamento tra la programmazione sociale e socio sanitaria e le altre politiche di supporto alla persona e alla comunità; prevede esplicita integrazione tra i soggetti competenti per le altre politiche (ad esempio le politiche abitative, del lavoro, dell'istruzione e dell'educazione), nonché tra le risorse e gli strumenti programmati ad esse relativi.

I contenuti del piano di zona costituiscono la base fondamentale sulla quale vengono stipulati gli accordi di programma tra gli enti interessati e decise le deleghe da parte dei comuni della gestione dei servizi sociali all'ULSS in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i comuni.

Il direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona e ne segue l'attuazione ponendosi come snodo fondamentale nel rapporto tra ULSS e conferenza dei sindaci.

I comuni, mantenendo titolarità e responsabilità delle funzioni, nella gestione dei servizi sociali e socio-sanitari, attivano in modo primario l'esercizio delle deleghe; i comuni alla luce dell'art. 14 L. 122/2010 possono attivare la gestione associata delle funzioni sociali e le sperimentazioni istituzionali innovative, utilizzando le forme già previste della normativa vigente.

L'aumento ed il diversificarsi dei bisogni (non-autosufficienza/disabilità, disagio minorile/familiare, dipendenze, ecc.), nonché il concomitante contenimento delle risorse pubbliche richiedono l'individuazione di alcune azioni di sistema per garantire e potenziare gli attuali livelli di assistenza ai cittadini; perciò gli obiettivi strategici della programmazione regionale socio-sanitaria sono:

- la promozione della delega delle funzioni sociali ovvero della gestione associata dei servizi per i Comuni con eventuale esclusione dei capoluoghi di provincia, anche al fine di razionalizzare le risorse e garantire uniformità di trattamento su tutto il territorio regionale;
- la sostenibilità dei servizi socio-sanitari per ciascuna Azienda ULSS dovrà essere garantita da un sistema di finanziamento del Fondo Sociale Regionale, dal Fondo regionale della non autosufficienza, dalle quote capitarie dei Comuni, dal Fondo Sanitario in quote capitarie e da un Fondo Sociale di Solidarietà tra Comuni. Quest'ultimo assume un significato di particolare rilievo rispetto all'assunzione di corresponsabilità di tutti i Comuni in relazione alle esigenze dei propri territori ed alla sostenibilità di oneri, a volte particolarmente gravosi, soprattutto da parte dei Comuni di piccole dimensioni;
- la realizzazione di un welfare di comunità attraverso il coinvolgimento del terzo settore nelle sue varie espressioni (associazioni, cooperative, fondazioni, volontariato...) in un'ottica di collaborazione sia nella programmazione che nella gestione corresponsabile anche economica dei servizi;
- il miglioramento della appropriatezza dell'assistenza socio-sanitaria attraverso sistemi di valutazione della domanda e dell'offerta, supportato dall'attivazione di un sistema informativo regionale, organico ed integrato, sui servizi territoriali;
- il potenziamento del sistema di valutazione della qualità assistenziale, ponendo attenzione al percorso assistenziale e non alla singola prestazione, anche attraverso indicatori di appropriatezza prescrittiva e di monitoraggio degli esiti;
- la diversificazione e la rimodulazione delle unità di offerta sviluppando anche l'elasticità organizzativa per adeguare gli standard previsti dalla L.R. n.22/2002 alle esigenze assistenziali ed alla sostenibilità economica del sistema;
- la definizione delle rette di riferimento da applicare, in particolare delle strutture semiresidenziali e residenziali, e la quota capitaria di competenza sanitaria e di competenza sociale.

La gamma dei servizi residenziali e semiresidenziali è prevista dalla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali"; i rapporti tra le aziende dell'SSSR e gli enti locali con i gestori delle strutture accreditate sono regolati mediante accordo contrattuale ai sensi dell'art. 17 della su indicata legge regionale n. 22/2002.

Gli obiettivi specifici e gli strumenti attuativi dell'integrazione socio-sanitaria sono:

- la realizzazione dello sportello unico integrato (DGR 39/06) per assicurare l'accesso al sistema dei servizi da parte dei cittadini secondo i principi di uniformità e omogeneità, per ricondurre ad unità interventi parcellizzati, favorire l'interazione e l'integrazione tra servizi ed enti diversi e per semplificare le procedure burocratiche a carico dei cittadini;
- la definizione del progetto assistenziale individualizzato per individuare e garantire la risposta assistenziale appropriata rispetto alle condizioni del paziente;
- la valutazione unitaria ed uniforme dei bisogni sanitari, socio-sanitari, socio-assistenziali attraverso:
 - a) la multiprofessionalità con il coinvolgimento del responsabile dell'unità operativa Cure primarie, del medico-pediatra di famiglia, dell'assistente sociale, delle figure infermieristiche, dei professionisti degli specialisti delle discipline in relazione alle problematiche della persona (garantita dalla UVMD);
 - b) l'utilizzo condiviso di specifici strumenti di valutazione (es. SVAMA e SVAMD);

- c) il monitoraggio delle necessità assistenziali per intercettare eventuali modifiche o l'emergere di nuovi bisogni;
- d) la valutazione dei risultati con procedure di verifica dello stato di attuazione degli obiettivi programmati e delle funzionalità dell'organizzazione, garantendo anche la rilevazione dei costi e degli esiti.

È inoltre obiettivo della programmazione regionale superare la disomogeneità degli aspetti organizzativo-gestionali dei distretti delle aziende ULSS, anche mediante la ridefinizione degli atti aziendali ed una conseguente riallocazione delle risorse.

È inoltre obiettivo della programmazione regionale considerare la fibromialgia come una malattia ad elevato impatto sociale e sanitario per la quale è necessario un percorso di informazione, educazione e divulgazione nei confronti dei cittadini veneti e degli enti preposti.