

**Legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 (BUR n. 14/1996)**

**PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER IL TRIENNIO 1996/1998. (1)**

*CAPO I*

*Processo di programmazione socio-sanitaria*

**Art. 1 - Oggetto.**

1. La presente legge regionale in conformità dell'articolo 1, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, dell'articolo 3, commi 7 e 8, della legge 8 giugno 1990, n. 142, delle leggi regionali [14 settembre 1994, n. 55](#), e [14 settembre 1994, n. 56](#), in coerenza con il programma regionale di sviluppo e con il Piano sanitario nazionale di cui al DPR 1° marzo 1994, definisce obiettivi, individua criteri, parametri e standard di riferimento per l'organizzazione e lo svolgimento delle attività sanitarie e sociali, individuando altresì le modalità della loro integrazione e precisando i rapporti istituzionali con gli enti locali nonché le risorse necessarie per garantire sul territorio regionale livelli uniformi di assistenza.

2. Il piano socio-sanitario regionale 1996-1998 è costituito:

a) dall'[allegato](#) documento di indirizzi generali per l'attività di programmazione socio-sanitaria del Consiglio regionale e della Giunta regionale;

b) dai provvedimenti di specificazione e di attuazione:

1) approvati dalla Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, non compresi nell'elenco dei provvedimenti citati di cui al numero n. 2 della presente lettera;

2) approvati dalla Giunta regionale entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge di cui all'[articolo 4](#), comma 1, [articolo 25](#), comma 2.

3. Per quanto non espressamente previsto nella presente legge si rinvia alle disposizioni della legislazione nazionale e regionale in materia socio-sanitaria.

4. Il piano ha durata e validità per il triennio 1996/1998, salvo il suo adeguamento alle disposizioni del Piano sanitario nazionale. Fino all'entrata in vigore del successivo piano socio-sanitario regionale mantengono piena validità le norme e disposizioni del piano stesso.

**Art. 2 - Finalità.**

1. Il piano persegue le seguenti finalità:

a) la promozione e tutela della salute individuale e collettiva fisica, psichica e sociale dei singoli, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità, mediante interventi finalizzati

alla rimozione delle cause di nocività, di disagio e malattia, potenziando in particolare le attività di prevenzione, riabilitazione, reinserimento e garantendo altresì la continuità terapeutica ed assistenziale;

b) l'erogazione di livelli uniformi di assistenza che superino gli squilibri fra domanda ed offerta di servizi socio-sanitari nelle diverse aree del territorio regionale perseguendo in maniera diffusa livelli qualitativi elevati di assistenza nonché la garanzia per i cittadini di uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche, private e del privato sociale accreditate;

c) il raggiungimento di una più elevata efficacia e produttività del sistema di servizi socio-sanitari regionali, migliorando la qualità dei servizi resi e razionalizzando l'uso delle risorse;

d) l'umanizzazione dei servizi con particolare riguardo all'assistenza ospedaliera ed ai servizi residenziali per non autosufficienti;

e) la realizzazione della piena integrazione programmatica ed operativa tra servizi sanitari e socio-assistenziali e tra le loro rispettive articolazioni interne entro ambiti territoriali omogenei;

f) la promozione della partecipazione e sviluppo delle diverse forme di collaborazione ed accordo tra le istituzioni pubbliche e non, tra queste e l'università e il comparto privato e del privato sociale;

g) la qualificazione tecnico-scientifica del servizio socio-sanitario attraverso l'applicazione di conoscenze e metodiche innovative, sviluppate mediante la collaborazione con l'università;

h) la valorizzazione della solidarietà organizzata e della famiglia, come condizioni qualitative per una maggiore tutela della persona;

i) il contrasto e la riduzione delle condizioni di rischio e di emarginazione psicosociale nella popolazione;

l) la tutela psico-fisica ed il reinserimento sociale dei soggetti ristretti negli istituti di prevenzione e pena del Veneto attraverso la collaborazione tra la Regione ed i soggetti istituzionali competenti;

m) la qualificazione dell'assistenza farmaceutica.

### **Art. 3 - Obiettivi strategici.**

#### **1. Obiettivi strategici del piano sulla domanda sono:**

a) la garanzia per tutti i cittadini e per coloro che dimorano nel Veneto di uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni sanitarie erogate dai servizi riconosciuti dal presente piano socio-sanitario;

b) la riduzione della mortalità e della morbilità dovuta a malattie dell'apparato circolatorio e a neoplasie maligne;

c) la riduzione della mortalità e della invalidità per incidenti sul lavoro;

d) la riduzione della mortalità e della morbilità dovute a malattie infettive prevenibili;

e) la riduzione e la tendenziale eliminazione delle morti e delle condizioni invalidanti conseguenti ad inadeguatezze del sistema di soccorso e a intempestiva o inadeguata organizzazione sanitaria;

f) la riduzione della mortalità e della morbilità ed invalidità susseguenti a cause sociali e a condizioni di disagio ed emarginazione;

g) la prevenzione ed il contrasto dell'uso di sostanze psicotrope e alcool e il reinserimento socio-lavorativo dei dipendenti da tali sostanze;

h) la riduzione del danno connesso all'uso di sostanze psicotrope, tabacco e alcool;

i) la riduzione del tasso di spedalizzazione al centosessanta per mille;

l) l'estensione in ogni zona del territorio regionale, dei valori più bassi dei tassi di nati-mortalità, di mortalità perinatale, di mortalità infantile e invalidità conseguenti anche a intempestivi o inadeguati interventi sanitari;

m) il contrasto all'istituzionalizzazione impropria o precoce di anziani e persone non autosufficienti;

n) la tutela dell'attività sportiva;

o) il controllo integrato delle zoonosi e il raggiungimento della qualifica di regione ufficialmente indenne da tubercolosi, brucellosi e leucosi bovina enzootica.

## 2. Obiettivi strategici del piano sull'offerta sono:

a) la piena attuazione della Carta dei servizi;

b) la responsabilizzazione nella gestione dei servizi sanitari e sociali, nell'impiego delle risorse e nel raggiungimento dei risultati;

c) il perseguimento di livelli uniformi di assistenza sul territorio regionale e della qualità dei servizi anche attraverso la formazione mirata e permanente degli operatori, con particolare riferimento alle funzioni dirigenziali e direttive;

d) la redistribuzione della suddivisione della quota capitaria a favore della medicina preventiva e territoriale di cui ai successivi articoli;

e) la valorizzazione del distretto socio-sanitario come ambito privilegiato di integrazione operativa e di coordinamento con i soggetti attuativi del piano di zona di cui all'[articolo 8](#), comma 2 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56;

f) la costruzione di un sistema di valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;

g) l'applicazione delle direttive CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro;

h) l'adeguamento alla normativa comunitaria della produzione, trasformazione, deposito e commercializzazione degli alimenti.

## CAPO II

### *Integrazione socio-sanitaria e modifiche della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55*

#### **Art. 4 - Strumenti dell'integrazione. (2)**

1. La realizzazione di un sistema integrato di erogazione dei servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitaria si attua attraverso la gestione unitaria di tali servizi sociali in ambiti territoriali omogenei e la delega da parte dei Comuni della gestione dei servizi stessi all'Unità locale socio-sanitaria o, alternativamente, la stipula di accordi di programma tra gli enti interessati. L'ambito territoriale per la gestione unitaria di tali servizi è coincidente con i distretti di cui alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56. I Comuni stipulano convenzioni relativamente a tale ambito, ai sensi dell'articolo 24, comma 3, della legge 8 giugno 1990, n. 142. La Giunta regionale emana lo schema tipo di convenzione entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge.

2. La durata della convenzione è coincidente con la durata del piano socio-sanitario regionale e comunque il suo termine di validità è prorogato fino all'approvazione del successivo piano socio-sanitario regionale.

3. Il piano di zona, di cui all'[articolo 8](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, è promosso dal sindaco qualora l'ambito territoriale dell'unità locale socio-sanitaria coincida con quello del comune, o dalla rappresentanza della conferenza dei sindaci ed è approvato dal sindaco o dalla conferenza stessa, sentiti tutti gli enti pubblici interessati ed i soggetti privati operanti nel sistema dei servizi sociali.

4. 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'Unità locale socio-sanitaria in relazione alle convenzioni già adottate in ambito distrettuale tra i comuni.

5. L'Unità locale socio-sanitaria, ai sensi dell'[articolo 3](#), comma 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, recepisce i contenuti del piano di zona, all'interno del piano generale triennale di cui all'[articolo 6](#), comma 3, della legge regionale medesima, precisando, anche ai fini dell'individuazione degli oneri finanziari e, all'interno dei rispettivi livelli di assistenza, gli interventi di propria competenza nei servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria, con particolare riferimento all'area degli anziani non autosufficienti e all'area materno-infantile.

#### **Art. 5 - Organizzazione dell'integrazione.**

1. L'integrazione viene attuata dal direttore generale attraverso il direttore dei servizi sociali che fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona e che ne segue l'attuazione, avvalendosi altresì dei referenti di programma di area specifica di cui all'[articolo 17](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56.

2. Il distretto socio-sanitario è la sede in cui avviene l'integrazione operativa sulla base dei contenuti e delle modalità previste dall'accordo di programma o dall'atto di delega. Il distretto, pertanto, costituisce centro di riferimento dei cittadini per le attività dei servizi sanitari e socio-assistenziali sul territorio, sia specifiche che tra loro integrate. Nel suo ambito operano in modo coordinato le strutture pubbliche, private e del privato-sociale

accreditate, che erogano servizi sanitari e socio-assistenziali per la realizzazione del piano di zona.

**3.** La Giunta regionale approva, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la competente Commissione consiliare, uno schema-tipo di piano di zona.

**Art. 6 - Abrogazione degli articoli 7 ed 8 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55.**

**1.** Gli articoli 7 ed 8 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 sono abrogati.

**Art. 7 - Modifica dell'articolo 20 della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55.**

**1.** L'[articolo 20](#) della legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55 è così sostituito:

"Art. 20 - Libertà dell'assistenza privata.

(omissis) (3)

**Art. 8 - Comunità terapeutiche per tossicodipendenti.**

**1.** La Regione, anche in armonia a quanto previsto dalla legge regionale 22 ottobre 1982, n. 49, svolge funzioni di programmazione nei confronti degli enti di cui all'articolo 115 del DPR 9 ottobre 1990, n. 309.

**2.** È istituito, ai sensi dell'articolo 116 del DPR 9 ottobre 1990, n. 309, l'albo regionale delle comunità terapeutiche private per tossicodipendenti, articolato in categorie in relazione agli standard. L'iscrizione all'albo è disposta con deliberazione della Giunta regionale, previa verifica della conformità agli standard relativi ai requisiti igienico-sanitari, al personale ed al progetto terapeutico.

**3.** Fino a quando non è approvata la nuova disciplina regionale sostitutiva della legge regionale 22 ottobre 1982, n. 49 e successive modificazioni, in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope ed alcool, gli standard di cui al comma 2 sono determinati con provvedimento della Giunta regionale, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la competente Commissione consiliare sulla base del Documento di indirizzi di cui all'[articolo 1](#), comma 2, lettera a), e si applicano anche alle comunità terapeutiche pubbliche.

**4.** Sono iscritte di diritto nell'albo di cui al comma 2 le Comunità terapeutiche per tossicodipendenti individuate con decreto del Presidente della Giunta regionale sulla base di provvedimenti adottati dalla Giunta regionale sino alla data di entrata in vigore della presente legge.

**5.** La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, finanzia progetti sperimentali per il reinserimento sociale e lavorativo delle persone sottoposte o già sottoposte a regime di detenzione e per tossicodipendenti, mediante cooperative sociali ed altri enti, nell'ambito di programmi integrati, promossi dai soggetti sociali ed istituzionali che operano nel settore.

**6.** Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale

istituisce l'Osservatorio regionale sui problemi della popolazione carceraria alla diretta dipendenza della Presidenza della Giunta regionale. Funzioni dell'Osservatorio sono la promozione ed il coordinamento della politica regionale di settore con particolare riferimento alle competenze in materia di istruzione, lavoro, sanità, assistenza.

#### **Art. 9 - Disposizioni per i Servizi pubblici per le tossicodipendenze.**

1. I servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT) possono avvalersi, per l'attuazione del programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato di cui all'articolo 122 del DPR 9 ottobre 1990, n. 309, di strutture terapeutiche-riabilitative pubbliche, nonché della collaborazione degli Enti ausiliari che gestiscono strutture per la riabilitazione e il reinserimento sociale di tossicodipendenti, iscritti all'albo di cui all'articolo 116 del medesimo decreto.

2. I SERT, fatte salve le disposizioni di legge e tenuto conto del programma terapeutico e socio-riabilitativo, fanno riferimento agli Enti ausiliari iscritti all'Albo della Regione Veneto per la cura e riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti residenti nella Regione del Veneto. I rapporti sono disciplinati dalle convenzioni di cui all'articolo 117 del DPR 9 ottobre 1990, n. 309.

#### **Art. 10 - Procedure di verifica.**

1. In occasione dell'approvazione del bilancio economico preventivo di cui all'[articolo 11](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55, l'unità locale socio-sanitaria e il sindaco o la rappresentanza della conferenza dei sindaci verificano lo stato di attuazione dell'accordo di programma ed adeguano conseguentemente le azioni annuali.

#### **Art. 11 - Determinazione delle quote sanitarie e di rilievo sanitario.**

1. Per la predisposizione della legge di approvazione del bilancio annuale di previsione e secondo le linee di programmazione socio-sanitaria, l'assegnazione delle quote sanitarie e di rilievo sanitario è determinata dalla Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, nel rispetto del principio di previsione del fabbisogno.

### *CAPO III*

#### *Contenuti della programmazione territoriale*

#### **Art. 12 - Prevenzione collettiva.**

1. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge approva, secondo quanto esplicitato nel documento d'indirizzi, il programma settoriale di prevenzione collettiva.

2. Costituiscono azioni strategiche di questo comparto:

a) il consolidamento ed il potenziamento dell'attività di prevenzione, promuovendo opportune sperimentazioni del Dipartimento di cui all'[articolo 23](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56;

b) l'individuazione delle Unità locali socio-sanitarie che svolgono attività multizonali, tenendo conto che il dimensionamento delle Unità locali socio-sanitarie non può essere assunto come vincolante per alcuni servizi che richiedono ambiti territoriali più ampi;

c) la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse dell'azienda Unità locale socio-sanitaria e degli enti locali definendo le funzioni in materia di vigilanza igienico-sanitaria di specifica competenza, in particolare attribuendo al comune quelle di primo livello attinenti al regolamento comunale di igiene e quelle di secondo livello al Dipartimento di prevenzione, in un ambito di collaborazione continuativa;

d) la definizione delle modalità di raccordo con l'Istituto zooprofilattico delle Tre Venezie.

**3.** Le attività di prevenzione collettiva e di tutela della salute della popolazione, nonché di salvaguardia del patrimonio zootecnico, sono svolte dal Dipartimento di prevenzione attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di rischio che originano dall'uomo, dall'animale e dall'ambiente.

**4.** Ferme restando le azioni e gli interventi di prevenzione di consolidata e comprovata efficacia, costituiscono aree emergenti e prioritarie di intervento:

a) la rilevazione epidemiologica e la prevenzione delle malattie cronico-degenerative;

b) l'individuazione e la riduzione di incidenti, infortuni e morti evitabili;

c) la profilassi veterinaria sia ai fini della tutela del patrimonio zootecnico che per la tutela della popolazione umana dalle antropozoonosi e dalle tossinfezioni da alimenti di origine animale.

**5.** L'Istituto zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 30 giugno 1993, n. 270, garantisce ai Dipartimenti di prevenzione delle Unità locali socio-sanitarie anche con le sue sezioni provinciali, le prestazioni, la collaborazione tecnico scientifica e le attività di supporto strumentale e laboratoristico necessarie all'espletamento delle funzioni in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria. Per la sorveglianza epidemiologica si avvale del Centro regionale di epidemiologia veterinaria istituito ai sensi della legge regionale 20 luglio 1989, n. 21.

**6.** Le competenze già attribuite ai Presidi veterinari multizonali dalla legge regionale 31 maggio 1980, n. 77 e successive modificazioni ed integrazioni sono attribuite a servizi con funzioni multizonali. I rapporti tra Unità locale socio-sanitaria sede di servizio multizonale e le Unità locali socio-sanitarie interessate sono regolati da accordi di programma, anche in relazione ai contenuti del programma settoriale di cui al comma 1.

### **Art. 13 - Assistenza territoriale.**

**1.** La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, approva, secondo quanto esplicitato nel documento d'indirizzi, il programma settoriale relativo all'assistenza territoriale.

**2.** Costituiscono azioni strategiche di questo comparto e quindi obiettivi specifici da perseguire da parte delle Unità locali socio-sanitarie e oggetto di valutazione circa il loro conseguimento da parte delle Regione:

a) la collocazione nel distretto di tutte le attività dei servizi territoriali sanitari e sociali, sia specifiche che fra loro integrate. I distretti socio-sanitari sono sede di gestione e di coordinamento operativo e organizzativo dei servizi territoriali;

b) l'assicurazione da parte del distretto dei seguenti livelli di assistenza sanitaria previsti dal Piano sanitario nazionale, approvato con DPR 1° marzo 1994:

- 1) assistenza sanitaria di base;
- 2) assistenza specialistica semi residenziale e territoriale;
- 3) assistenza residenziale sanitaria a non autosufficienti e a lungodegenti stabilizzati;

c) la gestione da parte del distretto delle attività previste dal Piano sanitario nazionale approvato con DPR 1° marzo 1994, in materia di non autosufficienza, disabilità, tossicodipendenza, attività consultoriale familiare, o delegate dagli enti locali, nonché l'accoglimento della domanda del cittadino attraverso le proprie unità operative, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e l'orientamento del cittadino stesso verso le proprie ed altre unità operative, nonché verso le strutture accreditate. Il distretto assicura attraverso il governo della spesa l'accesso alle prestazioni in materia di assistenza ospedaliera, specialistica, protesica e termale e l'adeguata informazione al cittadino stesso come previsto dall'[articolo 11](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56. Per l'esercizio delle sue funzioni al distretto è attribuito un budget commisurato agli obiettivi di contenimento dei ricoveri e di sviluppo della medicina del territorio tenendo conto del ridimensionamento della rete ospedaliera;

d) la sperimentazione del budget dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta quale strumento per il monitoraggio delle prestazioni e la razionalizzazione della spesa;

e) l'estensione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) almeno al 4 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne, secondo gli standard organizzativi e metodologici stabiliti dalla normativa vigente destinando a tal fine una apposita quota del fondo sanitario regionale.

**3.** Fermo restando quanto stabilito nella deliberazione della Giunta regionale n. 2034 del 10 maggio 1994, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, aggiorna la rilevazione del fabbisogno e determina i criteri di localizzazione delle residenze sanitarie assistenziali, con priorità per la riconversione ospedaliera di cui alla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 e per la riqualificazione delle strutture residenziali esistenti.

#### **Art. 13 bis – Prestazioni sociali in strutture residenziali.**

**1.** Per i soggetti, inclusi i minori, per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica.

**2.** Nel caso di minori, il comma 1 si applica anche in relazione a ricoveri stabili presso i soggetti indicati all'articolo 2 della legge 4 maggio 1983, n. 184 "Diritto del minore ad una famiglia." e successive modificazioni, in ordine ai quali la Regione definisce requisiti, forme di autorizzazione e di vigilanza.



3. Nel caso di minore straniero non accompagnato ospitato in struttura residenziale, il comune obbligato all'eventuale integrazione economica è quello che ha in carico l'assistenza del minore secondo le determinazioni del Comitato per i minori stranieri di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 9 dicembre 1999, n. 535. (4)

#### *CAPO IV*

#### *Contenuti della programmazione ospedaliera*

#### **Art. 14 - Dimensionamento della rete ospedaliera regionale.**

1. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, adegua le schede di dotazione ospedaliera di cui alla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39, alle disposizioni di cui alla normativa statale, in rapporto agli ambiti territoriali di cui alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, secondo quanto stabilito dai successivi commi.

2. Le schede di cui al comma 1 definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere e indicano l'ammontare dei posti letto per aree omogenee e le unità operative autonome.

3. Le schede di cui al comma 1 individuano altresì la collocazione territoriale delle funzioni multizonali. I direttori generali delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, alle quali sono demandate tali funzioni, concordano con le Unità locali socio-sanitarie interessate, le modalità di espletamento delle stesse, per le quali è assegnato uno specifico finanziamento commisurato ai maggiori oneri effettivamente sostenuti, fermo restando il pagamento a prestazione.

4. Le dotazioni strutturali articolate per area funzionale omogenea, le unità operative autonome e le attività multizonali di cui ai commi 2 e 3, s'intendono vincolanti per le Unità locali socio-sanitarie e le aziende ospedaliere.

5. I direttori generali delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, mediante il piano generale attuativo triennale e i piani annuali, assumono, sentiti il Sindaco o la rappresentanza della conferenza dei Sindaci, i provvedimenti di razionalizzazione delle funzioni ospedaliere, tenendo conto, nei limiti dell'accreditamento e del budget assegnato, delle strutture accreditate di cui alle schede indicate al comma 1.

6. I direttori generali possono altresì proporre alla Giunta regionale, nell'ambito del piano annuale di ciascuna Unità locale socio-sanitaria ed azienda ospedaliera, nuove disattivazioni contestualmente all'avvio di servizi alternativi al ricovero ospedaliero quali l'assistenza domiciliare integrata e le residenze sanitarie assistenziali.

7. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, aggiorna annualmente le schede, tenuto conto delle proposte di cui al comma 6 formulate dai direttori generali.

#### **Art. 15 - Organizzazione del dipartimento ospedaliero.**

1. Con riferimento all'[articolo 24](#), comma 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n.

56 sono finalità del dipartimento:

a) la gestione e l'utilizzo in comune degli spazi, attrezzature, tecnologia, personale in particolare infermieristico, tecnico-sanitario, di riabilitazione e ausiliario;

b) la sperimentazione e l'adozione di tutte le modalità organizzative che, a parità di qualità nei risultati ottenuti rispetto alla salute dell'utente, permettono un soggiorno più breve dell'utente stesso in ospedale, con particolare riferimento al day hospital;

c) il miglioramento del livello di umanizzazione delle strutture interne del dipartimento;

d) lo sviluppo ed il coordinamento delle attività cliniche, di ricerca e di studio delle strutture del dipartimento;

e) il miglioramento dell'efficienza e l'integrazione delle attività delle strutture del dipartimento per raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto.

**2.** Al dipartimento ospedaliero è preposto un dirigente, nominato dal direttore generale con provvedimento motivato su proposta del direttore sanitario, scelto tra i responsabili delle unità operative autonome ricomprese nel dipartimento stesso.

**3.** Al direttore del dipartimento strutturale competono, nell'ambito di una appropriata sede di coordinamento con i responsabili delle unità operative incluse nel dipartimento, ferma restando la loro piena autonomia professionale e clinica:

a) le decisioni in merito all'impiego del personale;

b) la gestione, entro il budget prefissato, degli istituti economici contrattuali quali il lavoro straordinario, l'incentivazione per la produttività, la pronta disponibilità e la formazione permanente del personale;

c) l'individuazione e la proposta alla direzione dell'ospedale dei moduli organizzativi di cui all'articolo 15 comma 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché il monitoraggio dell'andamento e dell'attività dei medesimi per il loro rinnovo;

d) le decisioni sulle questioni operative del dipartimento.

**4.** Al direttore di dipartimento funzionale compete il coordinamento di più unità operative che concorrono al raggiungimento di un obiettivo comune, e può disporre a tal fine di risorse specifiche.

#### **Art. 16 - Valutazione dell'attività ospedaliera.**

**1.** In attuazione di quanto disposto dalle leggi regionali [14 settembre 1994, n. 55](#) e [14 settembre 1994, n. 56](#), l'articolazione ospedaliera del sistema informativo deve essere in grado di rappresentare adeguatamente la casistica trattata dall'ospedale ed il correlato consumo di risorse, ciò al fine di:

a) realizzare interventi di verifica e revisione della qualità dell'assistenza (VRQ);

b) verificare e correggere l'assegnazione delle risorse in funzione delle caratteristiche della casistica trattata.

### **Art. 17 - Assistenza specialistica ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.**

1. Il fabbisogno di prestazioni specialistiche è previsto dal direttore generale coadiuvato dal direttore sanitario dell'Unità locale socio-sanitaria, secondo quanto disposto dal comma 4, individuando la quota da erogarsi in sede ospedaliera e quella da erogarsi in sede territoriale, ed altresì la quota per la quale avvalersi delle istituzioni sanitarie accreditate e dei professionisti. Il direttore generale può avvalersi delle strutture ospedaliere accreditate di cui all'articolo 14 comma 5 per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, secondo le medesime modalità alle quali sono assoggettate le strutture che forniscono esclusivamente prestazioni ambulatoriali.
2. L'organizzazione tecnico-professionale e la gestione dell'attività specialistica competono, al dirigente dell'ospedale per quanto riguarda il poliambulatorio ospedaliero e al responsabile di distretto per quanto riguarda l'attività svolta in ambito territoriale.
3. Le istituzioni convenzionate ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono da considerarsi accreditate.
4. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, emana direttive per disciplinare i rapporti tra le unità locali socio-sanitarie ed i soggetti accreditati di cui ai commi 1 e 3.
5. L'intera attività specialistica deve essere gestita unitariamente, indipendentemente dalla pluralità delle strutture erogatrici.

## *CAPO V*

### *Progetti obiettivo ed azioni programmate*

### **Art. 18 - Progetti obiettivo ed azioni programmate.**

1. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, aggiorna, secondo quanto esplicitato nel documento d'indirizzi, i progetti-obiettivo di cui alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 21 riferiti a:
  - a) tutela della salute delle persone anziane;
  - b) prevenzione e tutela dell'handicap;
  - c) tutela della salute mentale;
  - d) tutela materno-infantile;
  - e) prevenzione e cura delle tossicodipendenze.
2. In particolare, i provvedimenti attuativi dei progetti obiettivo di cui alle lettere c) ed e) del comma 1 prevedono l'istituzione del dipartimento per la salute mentale e del dipartimento delle dipendenze, entrambi di tipo funzionale per obiettivi, in armonia con quanto previsto dall'[articolo 24](#), comma 5, lettera a) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56. I medesimi provvedimenti definiscono altresì le metodologie di intervento e specificano i criteri di organizzazione e localizzazione delle strutture dipartimentali.

Tali dipartimenti sono funzionalmente inseriti in un distretto.

**3.** Entro centoventi giorni dalla entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, provvede ad aggiornare i programmi di cui alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 21 in materia di:

- a) prevenzione e cura delle malattie oncologiche;
- b) trapianti e prelievi d'organo e di tessuto;
- c) assistenza ai pazienti nefropatici cronici;
- d) prevenzione e monitoraggio dell'AIDS e delle malattie infettive con priorità relativamente all'assistenza psicologica e domiciliare alle persone affette da infezione HIV;
- e) prevenzione e cura delle coagulopatie congenite.

#### **Art. 19 - Formazione del personale.**

**1.** Entro centoventi giorni dalla entrata in vigore della presente legge la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, emana direttive in tema di formazione ed aggiornamento degli operatori sanitari e sociali, individuando le figure professionali, le relative priorità formative, i criteri e le modalità di accesso al lavoro nei servizi.

**2.** Le direttive di cui al comma 1 riguardano le seguenti specifiche aree di intervento:

- a) la formazione del personale dell'area sanitaria finalizzata all'accesso ai ruoli dirigenziali secondo il protocollo d'intesa di cui all'[articolo 4](#), comma 2, lettera b), della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56;
- b) la formazione del personale amministrativo finalizzata all'accesso alle qualifiche dirigenziali e direttive nonché alla formazione permanente delle medesime;
- c) la formazione del personale dell'area sociale con particolare riguardo ai profili di addetto all'assistenza e di educatore professionale-animatore nonché all'aggiornamento del personale in servizio.

### *CAPO VI* *Azioni strumentali*

#### **Art. 20 - Organizzazione regionale.**

**1.** Ai sensi dall'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, e successive modifiche ed integrazioni, la Regione riorganizza la struttura regionale per svolgere attività di indirizzo, coordinamento e controllo nei confronti delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere e per fornire alle stesse il necessario supporto tecnico anche ai fini del controllo di gestione e della valutazione delle qualità delle prestazioni socio-sanitarie.

**2.** Per le finalità di cui al comma 1, la Giunta regionale entro centoventi giorni dalla

entrata in vigore della presente legge, sentita la competente Commissione consiliare:

a) da esecuzione a quanto disposto dall'[articolo 48](#), commi 2 e 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55;

b) approva i programmi settoriali relativi alla realizzazione delle azioni strumentali di cui agli articoli 21, 22, 23 e 24, avvalendosi per la loro realizzazione anche del supporto di istituti, enti o società pubblici e privati.

#### **Art. 21 - Sistema informativo socio-sanitario.**

1. Sono finalità del sistema informativo socio-sanitario:

- a) l'estensione della rete informativa e la sua interrelazione;
- b) la qualificazione della base dei dati;
- c) lo sviluppo di criteri e metodologie per il monitoraggio e la verifica dei risultati attesi dell'attività sanitaria;
- d) l'ottimizzazione dell'accesso da parte degli utenti del Servizio socio-sanitario regionale.

2. Sono risultati attesi per la realizzazione di quanto previsto dall'[articolo 7](#), comma 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56:

- a) il sotto-sistema informativo epidemiologico;
- b) il sotto-sistema informativo di ospedale;
- c) il sotto-sistema informativo per la prevenzione e la tutela della salute collettiva;
- d) il sotto-sistema informativo territoriale socio-sanitario.

3. Sono indicazioni organizzative:

- a) l'individuazione della struttura organizzativa regionale alla quale fanno capo la gestione e l'indirizzo evolutivo del sistema informativo sanitario;
- b) la promozione di sviluppo in aree specifiche di interesse regionale, il coordinamento e l'orientamento delle iniziative e dei sistemi informativi locali e l'organizzazione complessiva dell'attività del sistema informativo socio-sanitario;
- c) l'indirizzo e la verifica dei flussi informativi con le Unità locali socio-sanitarie e le aziende ospedaliere e con i Ministeri della sanità e degli affari sociali;
- d) la specificazione all'interno del programma settoriale delle risorse finanziarie, organizzative e strumentali necessarie.

#### **Art. 22 - Osservatorio epidemiologico.**

1. E' finalità dell'osservatorio epidemiologico fornire le informazioni epidemiologiche necessarie al processo di programmazione e di valutazione dell'efficacia degli interventi socio-sanitari.

2. Sono risultati attesi la disponibilità di informazioni epidemiologiche necessarie a supportare ogni atto di programmazione e di controllo.

3. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, provvede a

dettare i criteri relativi all'organizzazione dell'osservatorio epidemiologico.

**4.** Sono indicazioni per l'attuazione dell'osservatorio epidemiologico:

a) l'individuazione della struttura organizzativa regionale alla quale fanno capo la gestione e l'indirizzo evolutivo dell'osservatorio epidemiologico;

b) la specificazione all'interno del programma settoriale delle risorse finanziarie, organizzative e strumentali necessarie.

### **Art. 23 - Controllo di qualità.**

**1.** Sono finalità del sistema di controllo di qualità:

a) sviluppare al livello delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere l'audit interno;

b) sviluppare a livello regionale la verifica sistematica del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione.

**2.** È risultato atteso la realizzazione di un costante monitoraggio della qualità dei servizi socio-sanitari dalla quale derivino puntuali valutazioni ai fini dell'accreditamento delle strutture erogatrici.

**3.** Sono indicazioni organizzative:

a) l'individuazione della struttura organizzativa regionale alla quale fanno capo la gestione e l'indirizzo evolutivo del controllo di qualità;

b) la promozione di sviluppi in aree specifiche di interesse regionale, il coordinamento e l'orientamento delle iniziative e delle attività locali e l'organizzazione complessiva dell'attività di controllo della qualità;

c) la specificazione all'interno del programma settoriale delle risorse finanziarie, organizzative e strumentali necessarie.

### **Art. 24 - Accreditamento.**

**1.** La Giunta regionale stabilisce le modalità per la richiesta dell'accreditamento delle istituzioni sanitarie pubbliche e private, la concessione, l'eventuale verifica e gli accertamenti periodici.

**2.** La Giunta regionale approva, altresì, il sistema di remunerazione a prestazione che dovrà tener conto dei costi di produzione nonché, tra l'altro, dei seguenti criteri:

a) differente livello di organizzazione;

b) garanzia di continuità assistenziale distribuita nell'arco temporale convenuto;

c) progressiva riduzione tariffaria in caso di superamento della quota di prestazioni convenuta per l'anno di riferimento.

### **Art. 25 - Sperimentazioni organizzative.**

**1.** La Regione effettua sperimentazioni organizzative, nella ricerca di più efficienti modelli di governo per l'uso delle risorse finalizzate a raggiungere gli obiettivi prefissati nell'organizzazione socio-sanitaria.

2. Con singoli provvedimenti, la Giunta regionale, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge disciplina la materia oggetto della sperimentazione organizzativa, delimita gli ambiti e le aree territoriali interessate, fissa gli obiettivi da perseguire, l'assetto strutturale e tecnico funzionale dei servizi, la durata della sperimentazione e le modalità di verifica dei risultati.

## *CAPO VII*

### *Risorse*

#### **Art. 26 - Criteri e procedure per l'impiego di risorse sanitarie.**

1. Con provvedimento della Giunta regionale sono definiti i criteri e le procedure per l'assegnazione delle risorse di parte corrente destinate al perseguimento degli obiettivi ordinari e straordinari delle Unità locali socio-sanitarie costituiti da una quota capitaria comprensiva della spesa corrente e degli oneri per l'aggiornamento tecnologico e la manutenzione ordinaria e delle risorse destinate ad investimenti finalizzati alla realizzazione dei progetti-obiettivo, delle azioni programmate e delle azioni strumentali, nei limiti di quanto ripartito ai sensi dell'[articolo 26](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e nel rispetto di quanto disposto dal comma 10 del medesimo articolo.

2. Con provvedimento della Giunta regionale è ripartita la quota di riserva di cui all'[articolo 26](#), comma 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56, per il conseguimento del riequilibrio territoriale, da attuarsi nell'arco temporale di vigenza della presente legge, secondo assegnazioni rapportate al riequilibrio necessario.

3. Le eventuali quote della riserva di cui al comma 2 non assegnate entro il 30 settembre di ogni anno vanno ripartite proporzionalmente tra tutte le Unità locali socio-sanitarie.

4. La Giunta regionale, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la competente Commissione consiliare, indica gli specifici obiettivi di intervento negli investimenti sanitari, sulla base delle politiche e degli indirizzi della presente legge ed emana gli indirizzi per orientare le scelte prioritarie delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende per l'effettuazione degli investimenti.

5. La Giunta regionale a seguito dell'apposizione del visto di congruità di cui all'[articolo 39](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55, sul bilancio economico preventivo ed il budget generale delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere e sulla base degli indirizzi in materia socio-sanitaria, definisce l'ammontare complessivo regionale e l'ammontare degli indebitamenti che ciascuna Unità locale socio-sanitaria ed azienda ospedaliera può contrarre, ai sensi dell'[articolo 5](#), commi 2 e 3, e dell'[articolo 6](#), commi 2 e 3, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55, per il finanziamento degli investimenti in sanità.

#### **Art. 27 - Criteri e procedure per la ripartizione del Fondo sociale regionale.**

1. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, determina i criteri e le modalità per la ripartizione del Fondo sociale regionale, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sulla base degli indirizzi esplicitati nei

comuni seguenti.

**2.** Il Fondo sociale regionale è ripartito come segue:

a) per il finanziamento di iniziative di interesse regionale;

b) a favore dei comuni per la gestione delle funzioni sociali subordinatamente alla stipula della convenzione di cui all'[articolo 4](#), comma 1, della presente legge;

c) a favore delle Unità locali socio-sanitarie quale concorso per la gestione attività previste dal Piano sanitario nazionale approvato con DPR 1° marzo 1994, in materia di non autosufficienza, disabilità, tossicodipendenza, attività consultoriale familiare.

**3.** La Giunta regionale assegna risorse finalizzate del Fondo sociale regionale a favore dei comuni che delegano le Unità locali socio-sanitarie o stipulano accordi di programma per la gestione delle funzioni ad elevata integrazione socio-sanitaria.

**4.** I comuni partecipano, in aggiunta alle assegnazioni del Fondo sociale regionale, al finanziamento delle funzioni attribuite in gestione alle Unità locali socio-sanitarie attraverso l'erogazione di somme, determinate su base pro-capite, tenuto conto della tipologia dei servizi e degli utenti, definite dalla rappresentanza della Conferenza dei sindaci.

**5.** La Giunta regionale entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, individua, sentita la competente Commissione consiliare, i criteri e le modalità per determinare il concorso finanziario degli utenti dei servizi sociali ed a elevata integrazione socio-sanitaria. (5)

## **Art. 28 - Indirizzi e prescrizioni in materia di personale sanitario e sociale.**

**1.** Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, individua i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e degli uffici dirigenziali dei servizi sanitari delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, nonché i criteri per l'attuazione della mobilità del personale in esubero, ai sensi della normativa vigente in materia.

**2.** Nell'emanare i suddetti criteri relativamente all'assetto organico del personale sociale delle Unità locali socio-sanitarie, di cui alla legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55, come modificata dalla legge regionale 11 marzo 1986, n. 8, la Giunta regionale tiene conto dei seguenti parametri di riferimento:

a) organizzazione amministrativa dei servizi;

b) entità e tipologie dei servizi attivati;

c) entità e tipologie dei servizi da attivare;

d) entità e tipologie dei servizi gestiti in convenzione;

e) risorse finanziarie disponibili proprie e/o messe a disposizione da altri enti pubblici o privati.

**3.** Sono sottoposti al visto di conformità della Giunta regionale, sulla base dei criteri di cui al comma 1, i seguenti atti delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere: (6)

a) ridefinizione complessiva delle dotazioni organiche ai sensi di quanto previsto



dall'articolo 3, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 così come modificato ed integrato dal successivo decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517 e dal Capo III del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e le sue successive modifiche ed integrazioni;

b) aggiornamento biennale delle dotazioni organiche ai sensi di quanto previsto dall'articolo 3, comma 5, della legge 24 dicembre 1993, n. 537.

4. All'interno delle dotazioni complessive il governo del personale spetta al direttore generale.

## *CAPO VIII*

### *Disposizioni transitorie e finali*

#### **Art. 29 - Sostituzione dell'articolo 40 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55.**

1. L'[articolo 40](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 è così sostituito:

“ Articolo 40 - Collegio dei revisori.

(omissis) (7)

#### **Art. 30 - Modifica dell'articolo 2 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56.**

1. Il comma 4 dell'[articolo 2](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è così sostituito:

(omissis) (8)

2. Il comma 5 dell'[articolo 2](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è abrogato.

#### **Art. 31 - Modifica dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56.**

1. Il comma 3 dell'[articolo 9](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è così sostituito:

(omissis) (9)

#### **Art. 32 - Modifica dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56.**

1. Il comma 1 dell'[articolo 13](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è così sostituito:

(omissis) (10)

#### **Art. 33 - Presidi multizonali di prevenzione.**

1. Fino all'emanazione della legge regionale istitutiva, ai sensi della legge 21 gennaio 1994, n. 61, dell'agenzia regionale per la prevenzione e per l'ambiente, i presidi multizonali di prevenzione, così come disciplinati dalla legge regionale 30 novembre 1982, n. 54, sono gestiti dalla Unità locale socio-sanitaria comprendente il capoluogo di provincia con specifico finanziamento. Le dotazioni organiche definite ai sensi della

legge 24 dicembre 1993, n. 537, articolo 3 comma 6 non possono essere utilizzate se non per le funzioni attribuite dalla 30 novembre 1982, n. 54, ai presidi stessi.

#### **Art. 34 - Nucleo tecnico.**

1. Nelle more della riorganizzazione della regione in sede di recepimento del decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29, è istituito un nucleo tecnico quale struttura organizzativa della regione, afferente alle strutture degli assessorati alla sanità ed ai servizi sociali, dotata di autonomia tecnica.

2. Sono finalità del nucleo:

a) fornire ausilio tecnico-professionale all'attività della Giunta regionale nell'ambito dell'accREDITAMENTO e del controllo di qualità;

b) supportare la realizzazione delle azioni strumentali della programmazione di cui all'[articolo 7](#) della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e delle attività di cui al [Capo VI](#) della presente legge.

3. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, disciplina le modalità organizzative e le funzioni del nucleo, nonché le modalità di esercizio dell'azione di supporto prevista dalla lettera b) del comma 2.

4. Gli oneri derivanti dall'applicazione del presente articolo, ad esclusione della spesa per il personale regionale, sono imputati al capitolo n. 60009 del bilancio di previsione - fondo sanitario regionale - parte corrente - in gestione accentrata presso la Regione (legge 27 dicembre 1983, n. 730 e legge regionale 20 luglio 1989, n. 21- articolo 17) realizzazione progetti-obiettivo, programmi e azioni programmatiche.

#### **Art. 35 - Disposizioni transitorie e finali.**

1. Le disposizioni del piano socio-sanitario regionale 1989/1991 di cui alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 21, e del piano sociale regionale 1989/1991 di cui alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 22, in quanto non in contrasto con le norme della legislazione regionale e nazionale vigente nonché con le norme della presente legge, mantengono la loro efficacia sino a quando non siano approvati gli specifici provvedimenti del piano socio-sanitario regionale 1996/1998 di cui all'[articolo 1](#), comma 2.

2. Per quanto concerne le attività trasfusionali relative al sangue umano ed ai suoi componenti, rimane confermato quanto previsto dalla legge regionale 15 novembre 1994, n. 65.

3. Il terzo piano sangue e plasma regionale per il triennio 1994/1996, approvato dal Consiglio regionale con provvedimento del 15 dicembre 1994, n. 1050, è adeguato alla normativa statale vigente con le modalità previste dall'[articolo 14](#), comma 1.

---

(1) Gli articoli del capo II del Titolo IV della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 dettano nuove disposizioni in materia di tutela della salute, servizi sociali e integrazione socio sanitaria, in particolare l'art. 113 ha istituito: "1. .... la

---

Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria che, nello svolgimento delle attività, si raccorda con la Conferenza permanente Regione-Autonomie locali, prevista dall'articolo 9 della legge regionale 3 giugno 1997, n. 20.

2. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria esprime parere:

- a) sulla proposta di piano socio sanitario regionale;
- b) sulle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio sanitaria;
- c) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis comma 7 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ULSS;
- d) sulle proposte di legge e di regolamento in materia sanitaria e sociale;
- e) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ospedaliere.

3. Nell'esposizione del parere di cui al comma 2, lettera a), la Conferenza esprime in particolare parere sui seguenti aspetti:

- a) gli standard qualitativi delle prestazioni sociali e sanitarie;
- b) i servizi essenziali da garantire alle persone;
- c) la pari opportunità di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza per tutte le persone residenti nel suo territorio;
- d) la definizione, per territori alpini o disagiati, di parametri speciali necessari a compensare condizioni di disagio oggettive;
- e) la determinazione delle risorse da impegnare per garantire quanto stabilito nella programmazione;
- f) la periodica azione di monitoraggio e di controllo sul raggiungimento degli obiettivi programmati.

4. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria propone annualmente documenti di valutazione sullo stato dell'organizzazione e dell'efficacia dei servizi, sulla base delle informazioni contenute nella relazione sanitaria regionale che la Giunta regionale provvede a trasmettere entro il 30 giugno di ogni anno ai sensi dell'articolo 115. Copia dei documenti di valutazione è trasmessa al Consiglio regionale.

5. Limitatamente a quanto previsto dall'articolo 3 bis, comma 7, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria può chiedere alla Regione di revocare i direttori generali delle aziende ospedaliere o di non disporne la conferma.

6. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e

---

socio sanitaria elegge al suo interno il proprio Presidente. Essa ha la seguente composizione:

- a) i presidenti delle Conferenze dei sindaci;
- b) tre rappresentanti dell'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI) sezione regionale;
- c) un rappresentante dell'Unione regionale delle province del Veneto (URPV);
- d) un rappresentante dell'Unione nazionale comuni, comunità ed enti montani (UNCHEM).

7. Per la trattazione di argomenti che si riferiscono a funzioni e competenze delle amministrazioni provinciali, la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria è integrata dai Presidenti delle province.

8. I componenti di cui alle lettere b), c) e d) del comma 6 sono nominati con decreto del Presidente della Giunta regionale su designazione delle rispettive associazioni.

9. La Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria provvede alla designazione del componente del collegio sindacale spettante all'organismo di rappresentanza dei comuni nelle aziende ospedaliere.

10. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria si insedia entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge e, organizza i propri lavori nel rispetto delle finalità e dei compiti previsti dal presente articolo." e gli articoli 122 e 123 hanno delegato ai comuni ed alle ULSS funzioni amministrative.

- (2) Art. 128 comma 5 legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 prevede che il piano di zona di cui all'art. 8 legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e al presente articolo costituisce lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria, ulteriori disposizioni sono dettate dai commi 7, 8 e 10 che si riportano: "7. La Giunta regionale individua le procedure e fissa i termini per la presentazione agli uffici regionali del piano di zona da parte della Conferenza dei sindaci ed in caso di mancata elaborazione, approvazione e presentazione nei termini stabiliti, trascorsi inutilmente i predetti termini, la Giunta regionale interviene nominando in via sostitutiva un commissario ad acta per la realizzazione di tali adempimenti.

8. La Giunta regionale individua strumenti, modalità e procedure per accertare, con riferimento al piano di zona, il conseguimento degli obiettivi e il connesso utilizzo delle risorse.

10. Nell'ipotesi d'intervento sostitutivo di cui al comma 7, le quote del fondo sociale regionale non attribuite per la mancata elaborazione, approvazione e realizzazione del piano di zona, sono assegnate ai soggetti istituzionali in conformità alle iniziative contenute nel piano di zona approvato in via sostitutiva."

- (3) Il testo è riportato nella legge regionale 15 dicembre 1982, n. 55.

- (4) Articolo sostituito da art. 5 della legge regionale 16 agosto 2002, n. 28. In precedenza aggiunto da comma 1 art. 102 legge regionale 28 gennaio 2000, n. 5.
- (5) Vedi anche art. 40 comma 1 della legge regionale 3 febbraio 1998 n. 3
- (6) Comma così modificato da comma 3 art. 32 della legge regionale 9 settembre 1999, n. 46.
- (7) Il testo è riportato nella legge regionale 14 settembre 1994, n. 55.
- (8) Il testo è riportato nell'art. 2 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56.
- (9) Il testo è riportato nell'art. 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56.
- (10) Il testo è riportato nell'art. 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56.

*ALLEGATO ALLA LEGGE REGIONALE 3 FEBBRAIO 1996, N. 5 RELATIVA A:*

**PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE PER IL TRIENNIO 1996/1998**

-----

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO DEL CONSIGLIO REGIONALE PER  
L'ATTUAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO  
DELLA REGIONE VENETO 1996-1998**

**PREMESSA**

Questo documento contiene gli indirizzi espressi dal Consiglio regionale sui diversi ambiti della politica socio-sanitaria, che dovranno essere attuati mediante i successivi provvedimenti della Giunta regionale.

Sono qui pertanto individuate le priorità sulle quali va orientato il Servizio sanitario regionale durante il prossimo triennio.

**1. LE IDEE GUIDA**

**1.1. Il contesto**

Il terzo Piano socio-sanitario regionale (PSSR) veneto vede la luce in un intenso momento di trasformazione dell'intero settore socio-sanitario, principalmente dovuto alla contrazione delle risorse finanziarie disponibili e al progressivo aumento della domanda di servizio legato all'invecchiamento della popolazione.

Ad un periodo di espansione dell'offerta caratterizzata da un impegno di programmazione rivolto a coordinare la crescita delle strutture e diversificare l'offerta di prestazioni, succede una fase che richiede il miglioramento dell'accessibilità dei servizi e la redistribuzione delle risorse all'interno del settore.

Tutto ciò induce ad un globale ripensamento delle finalità della programmazione regionale, che deve puntare allo sviluppo qualitativo del Servizio sanitario regionale ed alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse.

Sotto questa prospettiva la trasformazione in atto si presenta come una opportunità positiva da cogliere e una sfida da affrontare.

Sono infatti ormai mature le condizioni per concretizzare un modello globale di servizi socio-sanitari, come sistema di soggetti istituzionali e professionali, in un quadro integrato di responsabilità e di risorse.

Una prima esigenza è quindi quella di superare i concetti negativi di sanitario e di sociale, impropriamente associati e spesso confusi con servizi settoriali e poco orientati a collaborare in vista di obiettivi comuni.

L'idea positiva di sanitario e di sociale va invece proposta per tutti i servizi, quelli strettamente sanitari e quelli più propriamente sociali, con particolare riguardo ai servizi

ad elevata integrazione socio-sanitaria. Questa nuova cultura si realizza quando:

- a) tutti i servizi si prefiggono obiettivi di benessere e di salute in senso globale, andando oltre la dimensione curativa o di momentaneo superamento della condizione di bisogno;
- b) la politica dei servizi per le persone marcia di pari passo con la politica economica, la politica del territorio, in una logica unitaria, volta a costruire il bene comune;
- c) tutti i cittadini, compresi gli immigrati extracomunitari che dimorano sul territorio regionale anche se non appartenenti a stati per i quali sussista trattamento di reciprocità, hanno uguali opportunità di accesso alle attività ed alle prestazioni socio-sanitarie erogate dalle strutture pubbliche, private e del privato sociale accreditate, ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale n. 9/1990, fermo restando quanto previsto dalla vigente normativa;
- d) i livelli minimi di servizio sono definiti e resi operanti come opportunità da garantire a tutti i cittadini;
- e) le sedi in cui si effettuano le scelte di politica sanitaria e sociale coincidono con i luoghi in cui si evidenziano i bisogni ed in cui vive la comunità locale;
- f) tutti i soggetti sociali, espressivi della comunità, possono concorrere al conseguimento di obiettivi comuni, partecipando alla lettura dei bisogni, alla definizione delle priorità e al controllo dei risultati.

## **1.2. Una nuova cultura gestionale**

L'organizzazione vigente dei servizi socio-sanitari dovrà essere gradualmente rivista, per superare processi di rigida codificazione degli interventi e dei servizi che penalizzano soprattutto le persone più deboli.

Questo andamento, in una situazione congiunturale caratterizzata da forte contrazione della spesa, ha come conseguenza che la maggior parte dei bilanci degli Enti pubblici risulta vincolata da costi fissi, che rendono impraticabili forme di gestione economica per obiettivi. E' perciò necessario svincolare una parte di tali risorse per impegnarle in iniziative diverse e alternative.

Questa idea deve trasformarsi in azione tenendo conto che la prima scelta in questa direzione consiste nel rivedere i meccanismi di finanziamento, fino ad ora utilizzati, al fine di superare sperequazioni ed automatismi, che ostacolano i necessari cambiamenti.

## **1.3. Promuovere responsabilità e solidarietà**

La Regione, con la legge regionale n. 56/1994 ha riorganizzato l'assetto gestionale dei servizi sanitari, introducendo nuove regole per il loro governo, responsabilizzando i centri direzionali e vincolando il loro funzionamento ad un sistema di programmazione flessibile, fondato su una valutazione sistematica del rapporto fra obiettivi, risultati e investimenti per conseguirli.

Per valorizzare questa nuova impostazione, la Giunta regionale, entro 120 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, formula criteri per la verifica delle capacità organizzative e gestionali dei direttori generali, nonché i criteri generali da seguire per le conferme o le nomine.

Inoltre la legge n. 142/1990 individua nel Comune il soggetto che rappresenta la comunità locale, in quanto soggetto primario, titolare della promozione del benessere

dei cittadini. A partire da questo riferimento, il Piano intende riconoscere nella comunità locale non solo la destinataria degli interventi, ma anche la realtà capace di esprimere bisogni, di sviluppare risposte, di selezionare le priorità di intervento, rispettando le responsabilità attribuite dal legislatore ad ogni soggetto pubblico.

L'insieme dei diversi soggetti, istituzionali e non, nel rispetto delle specificità, ruoli e competenze di ognuno, è cointeressato e corresponsabile nell'attuazione del piano sulla base di accordi di programma che sono una condizione strumentale per meglio esprimere i doveri costituzionali di solidarietà sociale in modo collaborativo.

In questa logica la comunità locale è lo spazio privilegiato per la costruzione di salute. In essa è possibile realizzare l'incontro delle responsabilità per favorire interazione tra diversi soggetti sociali, valorizzando al meglio le risorse disponibili e aggregando risorse aggiuntive.

## **2. IMPOSTAZIONE E CARATTERISTICHE GENERALI DEL PIANO**

La Regione del Veneto muove da una lunga esperienza di pianificazione sanitaria e sociale, che consente di dare per acquisito un bagaglio programmatico e culturale notevole e diffuso.

Nello stesso tempo, l'adozione del Piano sanitario nazionale e di alcuni progetti obiettivo settoriali, a livello governativo, consente di avere già a monte una cornice programmatica da cui partire per collocare, a livello regionale, obiettivi specifici, azioni e risorse.

Su queste basi, con questo Piano, la Regione intende avviare un processo programmatico, articolato per fasi in cui, in una prima fase, la legge di Piano definisce:

- a) gli assetti istituzionali;
- b) gli obiettivi strategici;
- c) le modalità di integrazione sociale e sanitaria, in ambiti territoriali omogenei;
- d) le forme di finanziamento;
- e) le modalità organizzative generali;
- f) i progetti obiettivo e i piani settoriali.

In una seconda fase la Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, nonché i soggetti interessati, e secondo quanto propone il presente Documento di Indirizzi, provvederanno ad adottare gli atti deliberativi attraverso i quali vengono approvati i provvedimenti esecutivi necessari ad attuare i contenuti della legge di Piano.

Questa impostazione rende più snello il processo di programmazione, come già si è positivamente operato con la legge regionale n. 39/1993 sul riordino ospedaliero, fissando in legge obiettivi strategici, standard e vincoli fondamentali, azioni strumentali e procedure di attuazione e attribuendo al Consiglio regionale ovvero demandando alla Giunta regionale sentita la competente Commissione consiliare e i soggetti interessati, il successivo sviluppo delle materie di programmazione, in programmi di intervento di area specifica a tutela della salute (progetti obiettivo) o in piani settoriali, previsti dall'articolo 6 della legge regionale n. 56/1994.

Questa procedura consentirà in particolare di recepire in termini adeguati le differenti esigenze di programmazione del settore sociale, sanitario e ad elevata integrazione socio-sanitaria, sotto forma di standard organizzativi e funzionali.



Con la recente approvazione delle leggi regionali di organizzazione e di contabilità si sono poste le basi per sviluppare l'aziendalizzazione, cioè un sistema di aziende operanti su basi di autonomia e responsabilizzazione.

In questa logica i responsabili delle Aziende ULSS, delle Aziende ospedaliere e dei servizi sociali comunali devono avere dalla Regione e dai Comuni i riferimenti fondamentali per la propria azione, individuando i percorsi più idonei per conseguirli, nella consapevolezza che il raggiungimento dei risultati è il criterio per verificare sistematicamente l'efficacia degli investimenti.

Di conseguenza la programmazione socio-sanitaria non entra nel dettaglio dell'organizzazione dei servizi e delle loro prestazioni, ma fissa obiettivi e priorità di utilizzo delle risorse (in particolare quelle in conto capitale e per l'innovazione), definendo standard essenziali di funzionamento, responsabilità, indicatori e procedure di verifica, e nel contempo demandando al livello locale la ricerca delle migliori possibilità per raggiungere gli obiettivi nel rispetto del budget assegnato.

### **3. FINALITÀ ED OBIETTIVI DEL PIANO**

Occorre operare una distinzione ed una specificazione tra finalità, obiettivi strategici ed obiettivi specifici, dedicando alla problematica una rilevante attenzione, sia sul piano tecnico che su quello politico, in quanto ciò che ci si propone di raggiungere deve essere preventivamente verificato sul piano della sua perseguibilità tecnica, della disponibilità di risorse commisurate, delle condizioni organizzative, delle possibilità di verifica puntuale successiva sul raggiungimento dei risultati attesi.

Delegificazione non significa infatti assenza o rinuncia alle regole, ma l'adozione consapevole e responsabile di strumenti diversi, più flessibili ed adeguati per definire le regole.

In primo luogo è possibile proporre la seguente distinzione e proposta di contenuti.

Per quanto concerne le FINALITÀ si ritiene siano ancora sostanzialmente valide quelle stabilite dall'articolo 2 della legge regionale n. 21/1989 che sono riproposte nell'articolato di legge con qualche perfezionamento ed integrazione ed in particolare sono individuabili in:

- a) promozione e tutela della salute individuale e collettiva fisica e psichica dei singoli, delle famiglie, dei gruppi e delle comunità mediante interventi finalizzati alla rimozione delle cause di nocività, di disagio e malattia, potenziando in particolare le attività di prevenzione, riabilitazione, reinserimento e garantendo altresì la continuità terapeutica ed assistenziale;
- b) erogazione di livelli uniformi di assistenza, che superino gli squilibri fra domanda e offerta di servizi socio-sanitari nelle diverse aree del territorio regionale;
- c) realizzazione della piena integrazione programmatica ed operativa tra servizi sanitari e socio-assistenziali e tra le loro rispettive articolazioni interne entro ambiti territoriali omogenei;
- d) raggiungimento di una più elevata efficacia e produttività del sistema di servizi socio-sanitari regionali, migliorando la qualità dei servizi resi e l'uso delle risorse;
- e) promozione della partecipazione e sviluppo delle diverse forme di collaborazione ed

accordo tra le istituzioni pubbliche e non, ivi compresa la sanità militare, e tra queste e l'Università, e il comparto privato;

f) valorizzazione della solidarietà organizzata e della famiglia come condizioni qualitative per una maggiore tutela della persona;

g) contrasto e riduzione delle condizioni di rischio e di emarginazione psicosociale nella popolazione;

h) umanizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e dei servizi residenziali per non autosufficienti, ivi comprese le case alloggio per malati di AIDS.

La verifica del loro perseguimento può e deve essere effettuata come complessiva valutazione del raggiungimento degli obiettivi strategici.

Per quanto attiene agli **OBIETTIVI STRATEGICI SULLA DOMANDA E SULL'OFFERTA**, si tratta di indicare traguardi misurabili anche se non espressi in termini quantitativi:

a) riduzione della mortalità e morbilità dovuta a malattie dell'apparato circolatorio e a neoplasie maligne;

b) riduzione della mortalità ed invalidità per incidenti sul lavoro;

c) la riduzione e la tendenziale eliminazione delle morti e delle condizioni invalidanti conseguenti ad inadeguatezze del sistema di soccorso e a intempestiva o inadeguata organizzazione sanitaria;

d) riduzione della mortalità e della morbilità ed invalidità susseguenti a cause sociali e a condizioni di disagio ed emarginazione;

e) prevenzione e riduzione danno connesso all'uso di sostanze psicotrope, tabacco e alcool;

f) riduzione del tasso di ospedalizzazione al 160 per mille;

g) l'estensione in ogni zona del territorio regionale, dei valori più bassi dei tassi di natalità, di mortalità perinatale, di mortalità infantile e invalidità conseguenti anche a intempestivi o inadeguati interventi sanitari;

h) contrasto all'istituzionalizzazione impropria o precoce di anziani e persone non autosufficienti;

i) riduzione della morbilità e mortalità dovute a malattie infettive prevenibili;

l) controllo integrato delle zoonosi e raggiungimento della qualifica di regione ufficialmente indenne da tubercolosi, brucellosi e leucosi bovina enzootica.

E' evidente che per ciascuno di questi vi debbono essere corrispondenti interventi sul versante dell'offerta, valutando se le risorse disponibili nella rete di servizi sono già sufficienti al loro raggiungimento e necessitano solo di riorganizzazione (esempio obiettivi dell'area materno infantile) oppure se vanno previste azioni e risorse specifiche e aggiuntive nelle strutture e nelle politiche proposte nei progetti obiettivo (esempio incremento dell'assistenza domiciliare integrata "ADI") e nei piani settoriali (esempio emergenze sanitarie).

In questa fattispecie, allora, l'obiettivo strategico sulla Domanda si traduce in **OBIETTIVI SPECIFICI SULL'OFFERTA**, specifici in quanto definiscono standard di risorse dedicate alla dotazione strutturale ed all'organico minimo, le modalità

organizzative principali (esempio la unità valutativa-operativa nel progetto anziani), le condizioni organizzative che le ULSS debbono predisporre (esempio individuazione e formazione dei responsabili), gli indicatori di verifica (esempio numero anziani in ADI sulla popolazione anziana residente, o numero di malati di AIDS e malati oncologici in assistenza domiciliare o in ospedalizzazione domiciliare). Tali obiettivi specifici sono individuati in:

- a) la piena attuazione della Carta dei Servizi;
- b) responsabilizzazione nella gestione dei servizi sanitari e sociali, nell'impiego delle risorse e nel raggiungimento dei risultati;
- c) perseguimento di livelli uniformi di assistenza sul territorio regionale e della qualità dei servizi anche attraverso la formazione mirata degli operatori;
- d) completamento e potenziamento della rete dei servizi di emergenza sanitaria;
- e) riduzione progressiva del disavanzo a carico del bilancio regionale mediante un contenimento della spesa per il livello assistenza ospedaliera, in coerenza con quanto previsto dalla attuazione della LR n. 39/1993;
- f) redistribuzione della suddivisione della quota capitaria a favore della medicina preventiva e territoriale;
- g) valorizzazione del distretto socio-sanitario come ambito privilegiato di integrazione operativa;
- h) costruzione di un sistema di valutazione della qualità e dell'efficacia degli interventi;
- i) applicazione delle direttive CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute nel luogo di lavoro;
- l) adeguamento alla normativa comunitaria della produzione, trasformazione, deposito e commercializzazione degli alimenti.

## **4. IL SISTEMA DELLE RESPONSABILITÀ**

### **4.1. Integrazione di titolarità e risorse**

La realizzazione del Piano è strettamente correlata allo sviluppo di una nuova cultura delle responsabilità, nei diversi livelli istituzionali e sociali, consapevoli che solo un deciso incontro di responsabilità può produrre condivisione, collaborazione, integrazione fra diverse titolarità e risorse.

Pertanto, se si intende conferire al piano una forza attuativa che superi quella che può derivare dalla mera indicazione di obiettivi e di procedure, non si può prescindere dalla definizione di un sistema di responsabilità sul quale fondare le conseguenti scelte programmatiche.

D'altra parte, l'individuazione di criteri di fondo sui quali improntare un sistema di responsabilità deve tener conto dell'evoluzione che negli ultimi anni ha interessato il settore pubblico al suo interno e nei rapporti con quello privato.

Dal 1990 al 1994 hanno visto la luce una serie di leggi di riforma, che hanno profondamente inciso sulla configurazione giuridica degli assetti istituzionali e dei rapporti che intercorrono fra soggetti sociali.

Dalla legge di riforma delle autonomie locali alla legge sull'elezione diretta del Sindaco, dalla riforma delle ULSS alla razionalizzazione del sistema ospedaliero, dalla riforma del pubblico impiego alle leggi sulla cooperazione sociale e sul volontariato, emerge un

quadro composito, nel quale si possono individuare alcuni valori comuni.

Fra questi valori comuni può essere evidenziato sia il riconoscimento di una complessità, che richiede particolare attenzione per differenziare i bisogni e valorizzare le risorse, sia il riconoscimento di un'accresciuta maturità dei soggetti sociali individuali e collettivi. Da tale riconoscimento discende l'opportunità di una più diffusa attribuzione di responsabilità, che è coerente con gli indirizzi legislativi sopra citati.

In particolare, il valore della responsabilità rappresenta una chiave interpretativa di rilievo politico, gestionale e professionale per cogliere il significato della programmazione socio-sanitaria regionale. In esso la responsabilità è intesa sia dal punto di vista della chiarezza dell'attribuzione, sia, soprattutto, da quello dell'allargamento del numero dei soggetti chiamati, a vario titolo, a collaborare per il conseguimento di suoi obiettivi.

Si può anzi affermare che, sotto taluni profili, sono mature le condizioni per superare la tradizionale distinzione fra soggetti pubblici e soggetti privati. In molte realtà locali si è infatti pervenuti ad un assetto socio-istituzionale, nel quale su tale bipartizione si è innestata una configurazione più complessa. In essa, a soggetti usualmente considerati privati, viene riconosciuta anche la possibilità di partecipare alla funzione tipicamente pubblica, di definizione degli obiettivi e dei contenuti della programmazione, oltre che alla realizzazione degli stessi.

In questo modo formazioni sociali, nelle quali i cittadini si aggregano ed operano, possono dare espressione ad una soggettività di rilievo pubblico, in quanto coinvolta nel più ampio sistema delle responsabilità sociali per la promozione e la tutela delle persone. Dalle associazioni di volontariato, dalle cooperative sociali, dalla famiglia stessa, e, in alcuni casi, anche dalle imprese, nasce un nuovo modo di intendere le responsabilità solidaristiche, che impone anche ai soggetti tradizionalmente definiti pubblici notevoli cambiamenti per meglio integrare soggettività e risorse.

Ciò non significa confusione di ruoli, ma partecipazione all'esercizio di funzioni pubbliche da parte di soggetti privati, ferma restando la titolarità della funzione in capo all'ente pubblico, e in particolare alla Regione e agli Enti locali, che, per dettato costituzionale e previsione legislativa, sono tenuti a decidere le priorità, ad approvare i contenuti della programmazione, a valutare i risultati, a garantire l'esigibilità dei diritti.

#### **4.2. Soggetti istituzionali**

Ogni soggetto istituzionale è titolare di funzioni che legittimano la sua esistenza, orientano la sua operatività e definiscono la natura dei rapporti che esso è chiamato a sostenere con altri soggetti, pubblici e privati. In forza di questa titolarità, gli competono funzioni di programmazione, gestione, controllo, valutazione, vigilanza e finanziamento delle attività.

L'esercizio della funzione trova di fatto espressione nell'offerta di servizi, che possono essere gestiti direttamente dall'ente o realizzati tramite rapporti collaborativi. In questi casi, la titolarità della funzione rimane comunque all'ente competente, anche se il suo esercizio può essere delegato ad altri.

La Regione, le Province, il Comune, le Aziende ULSS e le Aziende ospedaliere, le II.PP.A.B. sono i soggetti pubblici ai quali, a livello locale, sono attribuite le responsabilità di provvedere, attraverso la rilevazione dei bisogni e delle risorse del territorio, alla definizione degli obiettivi della programmazione e alla verifica del loro raggiungimento, in un quadro partecipativo, garantendo:

- a) l'effettivo accesso alle prestazioni socio-sanitarie;
- b) la partecipazione alla programmazione e alla valutazione dei servizi;
- c) l'integrazione attiva fra soggetti, nel complesso sistema delle responsabilità.

L'articolo 3 della legge di riforma delle autonomie locali traccia un quadro sintetico ma compiuto del circuito programmatorio locale, nel quale il Comune - quale ente esponenziale del proprio territorio - collabora con la Regione nella definizione, nella specificazione e nella realizzazione della programmazione socio-economica e territoriale. Le Province esercitano le competenze assegnate dal DL 18.1.1993, convertito nella legge 18.3.1993, n. 67 in materia di interventi sociali ed educativi a favore dei ciechi, dei sordomuti e dei minori riconosciuti dalla sola madre, nonché le funzioni di coordinamento nei confronti dei Comuni previste dalla legge 8.6.1990, n. 142.

Accanto a questi soggetti istituzionali, anche gli altri enti pubblici, presenti nel territorio, sono partecipi della responsabilità relativa alla programmazione e all'attuazione del Piano. In particolare il riferimento va agli enti portatori di competenze più direttamente connesse ai settori sociali e sanitari: la Scuola, le articolazioni territoriali del Ministero del Lavoro e del Ministero di Grazia e Giustizia, le Aziende Speciali degli Enti locali, gli Iacp, ecc. Tutto ciò nel quadro degli istituti di partecipazione e delle garanzie di trasparenza e di funzionalità procedimentale contenuti nelle leggi 142/1990 e 241/1990 e di integrazione e razionalizzazione territoriale, già presenti nel DPR n. 616/1977 e nella legge n. 833/1978.

Con le riforme attuate dai Decreti Legislativi nn. 502 e 517 e dalla legge regionale n. 56/1994, le Usl, di cui alla legge n. 833/1978, sono state trasformate, assumendo personalità giuridica, e sono state trasferite dalla sfera di competenza comunale a quella regionale, diventando enti strumentali della Regione.

Nel contempo esse continuano ad essere portatrici di funzioni, nell'ambito dei servizi sociali, con rilevante contenuto sanitario, oltre che essere possibili destinatarie di deleghe gestionali da parte dei Comuni, offrendo così la duplice opportunità di: concorrere all'integrazione fra servizi sanitari e sociali e di rappresentare una dimensione territoriale adeguata per la gestione dei servizi stessi.

Il processo programmatorio regionale valorizzerà tra i soggetti istituzionali in modo particolare le II.PP.A.B. che hanno raggiunto nella Regione rilevanti livelli di qualità nella erogazione dei servizi. Tuttavia gli obiettivi di efficienza-efficacia peraltro applicati all'intero comparto sociale, suggeriscono la necessità di intraprendere un percorso di aziendalizzazione nelle modalità gestionali, che si consegue attraverso anche l'adozione del controllo di gestione, la programmazione di bilancio per obiettivi, la valutazione dei carichi di lavoro.

La programmazione regionale dovrà altresì tendere a fissare le dotazioni massime dell'offerta favorendo i processi di riconversione ed ammodernamento delle strutture esistenti, nel rispetto delle direttive contenute nella delibera della Giunta regionale n. 2034 del 10.5.1994 che colloca le II.PP.A.B. fra i soggetti che partecipano alla predisposizione del piano di zona ed i servizi, dalle stesse erogati, elementi costitutivi della "rete" territoriale predisposta per la risposta ai bisogni.

### **4.3. Soggetti sociali**

Il PSSR, nella prospettiva di sviluppare il sistema dei servizi alla persona, considera con

particolare interesse gli enti morali, le organizzazioni di volontariato, le famiglie, le cooperative sociali, gli enti con finalità religiosa, le libere associazioni.

Questi soggetti concorrono, in forma autonoma e in forma collaborativa, alla realizzazione di un più compiuto sistema di servizi alle persone, nella logica di una comunità solidale, che produce le condizioni per il proprio sviluppo.

In questo quadro un ruolo particolarmente efficace viene esercitato dalla famiglia, intesa come sede primaria di solidarietà, di cura e di promozione umana. Le istituzioni e i servizi devono guardare ad essa come a un soggetto attivo e non solo come destinataria dei servizi, in una logica di piena valorizzazione delle sue funzioni sociali.

All'interno di questa logica, la distinzione fra pubblico e privato va integrata con quella fra istituzionale e sociale, comprendendo nel novero dei soggetti sociali quelli che, esercitano un ruolo pubblico, operano nel sistema dei servizi socio-sanitari e influiscono in misura significativa nella loro qualificazione. Nella categoria dei soggetti sociali vanno quindi comprese le organizzazioni prive di finalità di lucro, che operano nel sistema dei servizi socio-sanitari, quali cooperative sociali, fondazioni e associazioni riconosciute, associazioni di volontariato, famiglie.

Possono anche essere compresi quei soggetti che, pur avendo finalità di lucro, intendano collaborare con le istituzioni per realizzare gli obiettivi del Piano, contribuendo alla sua attuazione. Con una scelta coerente con i più recenti indirizzi legislativi, il Piano attribuisce a questi soggetti un ruolo strumentale nella partecipazione all'esercizio di funzioni tipiche dei soggetti istituzionali.

#### **4.4. Rapporti tra istituzioni e formazioni sociali**

Il rapporto collaborativo tra soggetti istituzionali e soggetti sociali deve rappresentare sempre più un dato costante e un metodo di azione della pubblica amministrazione. E' pertanto necessario che ogni soggetto operi nella prospettiva di compartecipare: la progettualità comune, le risorse disponibili, le responsabilità in ordine ai risultati attesi.

Per muoversi in questa direzione occorre consolidare modelli operativi facilitanti la programmazione partecipata, la responsabilizzazione nella gestione, la valutazione degli interventi, nel rispetto delle diversità e delle competenze. Lo stesso privato con finalità commerciali, nella misura in cui concorre alla realizzazione di servizi di pubblico interesse, deve agire all'interno di questa logica.

Nei casi in cui il rapporto tra soggetti diversi configuri una delega a gestire servizi in attuazione di una funzione istituzionale, il rapporto convenzionale deve contenere elementi tali da garantire: livelli qualitativi di prestazione; efficienza operativa; continuità delle attività; idoneità e qualificazione professionale; rispetto dei diritti e della dignità delle persone; garanzia di accessibilità; modalità di verifica correnti e finali.

### **5. LA STRATEGIA DELL'INTEGRAZIONE**

La strategia regionale dell'integrazione va intesa nella più ampia accezione di "integrazione delle politiche socio-sanitarie e di queste con quelle sociali" secondo gli obiettivi proposti dall'OMS.

In un sistema sanitario, già contrassegnato da elementi di frammentazione interna,

occorre evitare che la necessaria introduzione di meccanismi di maggior separazione tra domanda ed offerta, di valorizzazione delle singole prestazioni, di responsabilizzazione economica delle singole strutture ed unità operative si traduca in ulteriori tendenze alla separazione.

Non solo, è ormai diffusa l'esigenza di compiere un salto di qualità all'integrazione tra politiche socio-sanitarie e politiche facenti capo ai Comuni, rifuggendo da una tendenza alla divaricazione tra Aziende ULSS e Comuni, pur all'interno delle compatibilità e distinzioni di ruoli fissate dai decreti legislativi n. 502/1992 e n. 517/1993.

Queste riguardano anche le modalità di integrazione tra Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere in quanto i presidi ospedalieri di Padova e Verona devono mantenere le connessioni organiche con l'intera rete ospedaliera veneta e rappresentano fulcri con funzioni regionali multizonali sia per la specialistica, la ricerca e la didattica. La convenzione Azienda-Università-Regione dovrà specificare queste competenze.

L'integrazione tra le strutture interne alla Azienda ULSS riguarda:

- a) l'integrazione Dipartimento di Prevenzione/Distretto;
- b) l'integrazione Dipartimento di Prevenzione/Ospedale: seguendo le linee tracciate dai programmi OMS;
- c) l'integrazione Ospedale/Distretto, in particolare, collocando il distretto in un compiuto ruolo di orientamento della domanda e ridefinendo il rapporto medico di base/ospedale in funzione della continuità terapeutica.

Per raggiungere altresì l'integrazione nella sua più ampia accezione, ovvero per conseguire l'obiettivo strategico della gestione integrata dei servizi socio-sanitari il Piano introduce le due condizioni necessarie e fra loro complementari dell'unitarietà degli interventi in ambiti territoriali omogenei e della loro integrazione.

L'unitarietà degli interventi si consegue tramite determinazione della dimensione territoriale ottimale per la gestione dei servizi sociali, attraverso lo strumento della convenzione obbligatoria prevista all'articolo 24 della legge n. 142/1990, esercitando i poteri spettanti alla Regione ai sensi del DPR n. 616/1977 e dell'articolo 3 della legge n. 142/1990.

Al riguardo è opportuno considerare in modo differente la situazione dei comuni capoluogo di provincia, che hanno già una rete organica di servizi sociali, e dei comuni minori che, in relazione alle loro dimensioni, non hanno adeguati organici e professionalità per gestire in modo efficiente ed efficace gli stessi servizi.

L'ambito territoriale più adeguato per la gestione unitaria dei servizi sociali è coincidente con i distretti con riferimento alla nuova organizzazione delle ULSS di cui alla legge regionale n. 56/1994.

In tale ambito i comuni agiscono in modo convenzionato.

La durata della convenzione è coincidente con la durata del PSSR e comunque il termine di validità della convenzione obbligatoria è prorogata fino all'approvazione del successivo PSSR.

L'integrazione è perseguita tramite due strumenti opzionali: la delega di esercizio di funzioni all'ULSS o la stipula di accordi di programma tra comuni convenzionati ed Aziende ULSS.

Strumento privilegiato per conseguire l'integrazione istituzionale ed operativa è il Piano di zona dei servizi sociali, approvato dal Sindaco, qualora l'ambito territoriale

dell'Azienda ULSS coincida con quello del Comune o dalla Conferenza dei Sindaci, così come previsto dall'articolo 8 della legge regionale n. 56/1994.

Il Piano di zona è strumento per:

- a) l'analisi dell'evoluzione qualitativa e quantitativa dei bisogni;
- b) lo sviluppo di forme di gestione dei servizi adeguate, flessibili e creative;
- c) l'integrazione delle risorse pubbliche e private;
- d) la creazione di nuove opportunità e la produzione di risorse aggiuntive;
- e) la definizione delle prestazioni da erogare, rapportate alle responsabilità dei diversi soggetti e al quadro delle risorse rilevate.

Tale piano è elaborato dai Comuni su iniziativa del Sindaco o del Presidente della Conferenza dei Sindaci ed è approvato dal Consiglio Comunale, in caso di ULSS monocomunale, o dalla Conferenza stessa con il coinvolgimento di tutti gli enti pubblici interessati ed i soggetti privati operanti nel sistema dei servizi sociali.

Lo stesso Sindaco o Conferenza dei Sindaci che approva il Piano di zona fornisce gli indirizzi programmatici per il Piano di Azienda ULSS: ciò consente l'esplicitazione delle problematiche relative all'integrazione tra le due programmazioni e, conseguentemente, il recepimento del Piano di Zona nel Piano generale dell'ULSS.

I contenuti dello stesso, infatti, costituiscono la base su cui viene stipulato l'accordo di programma tra Comuni ed ULSS, anche tenendo conto delle convenzioni già stipulate in ambito distrettuale tra Comuni.

Sarà poi l'ULSS che in sede di redazione del piano generale attuativo triennale recepirà i contenuti del piano di zona precisando, anche ai fini dell'individuazione degli oneri finanziari ed all'interno dei rispettivi livelli di assistenza, quali saranno gli interventi di propria competenza nei servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria con particolare riferimento all'area degli anziani non autosufficienti e a quella del materno-infantile.

Il Direttore dei servizi sociali, sul piano tecnico-operativo, rappresenta la figura chiave di questo raccordo, non solo su entrambi i versanti delle due programmazioni ma anche sul terreno della loro concreta attuazione dal momento che il suo mandato consiste appunto nel garantire la saldatura tecnica sull'intera materia sociale tra ULSS e Comuni, nonché con il volontariato e le altre realtà istituzionali pubbliche e private operanti sul territorio.

In occasione dell'approvazione del bilancio di azienda, il Direttore generale, avvalendosi del Direttore dei servizi sociali, del Direttore sanitario, dei referenti di area di intervento specifica e i dirigenti dei distretti, e la rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, verificano lo stato di attuazione dell'accordo di programma e mettono in atto le eventuali azioni correttive annuali.

La sede ove hanno luogo tutte le attività dei servizi territoriali sanitari e di assistenza sociale e quindi l'integrazione operativa delle stesse, sulla base dei contenuti e delle modalità previste dall'accordo di programma, è il distretto, quale sede di gestione, coordinamento operativo ed organizzativo di tali servizi, giacché esso rappresenta l'ambito organizzativo, funzionale e territoriale ove si sviluppano le dinamiche di integrazione tra servizio e unità operative.

Dal distretto così caratterizzato dipendono tutti i servizi operanti nel territorio, con bacino di utenza distrettuale, siano essi di tipo semi-residenziale, ambulatoriale e domiciliare.



Per i servizi residenziali sanitari e sociali devono essere previste adeguate forme di collegamento e coordinamento con tutti i servizi territoriali sulla base di protocolli operativi vincolanti per tutti i soggetti (pubblici e convenzionati) presenti in un determinato ambito territoriale.

A livello organizzativo metodologico l'integrazione è garantita dal responsabile di distretto, il quale fa riferimento ai referenti dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute individuati in:

- a) materno-infantile ed età evolutiva;
- b) anziani;
- c) tossicodipendenze ed alcoolismo;
- d) salute mentale;
- e) handicap.

## **6. ARTICOLAZIONE DEL PROCESSO DI PIANIFICAZIONE**

La legge organizzativa n. 56/1994 ha già definito l'articolazione del processo di programmazione, individuando gli strumenti attuativi nei "piani generali triennali delle ULSS e aziende ospedaliere, nonché loro aggiornamenti annuali" e nei "singoli programmi di intervento e piani settoriali" (articolo 6) e stabilendo che il piano di ULSS "recepisce il piano di zona dei servizi sociali"

Il PSSR. dovrà specificarne i contenuti, le modalità di realizzazione a livello locale e di verifica regionale. Un primo criterio deve essere individuato nei termini seguenti:

a) il Piano generale attuativo triennale dell'ULSS non dovrà avere le caratteristiche di analiticità e di esaustività che hanno contrassegnato i piani attuativi del secondo PSSR. Ciò sia in logica conseguenza con le modalità di impostazione e di delegificazione del nuovo PSSR, sia per le nuove caratteristiche di responsabilizzazione e di autonomia delle Aziende e del loro rapporto con la Regione, in particolare sul piano finanziario ai sensi della LR 55/1994.

Certamente il Piano attuativo continua a rappresentare lo strumento attraverso il quale l'Azienda esprime le coordinate su cui intende caratterizzare la propria azione sul medio-lungo periodo, recependo il PSSR e adattandolo alle peculiarità del proprio contesto locale. Tuttavia tale recepimento e specificazione non richiede un dettaglio da progetto esecutivo ma da progetto di massima, di indicazione strategica, in quanto l'effettiva realizzazione avviene sul versante del singolo esercizio di attività;

b) il Piano annuale, i programmi di intervento ed i piani settoriali rappresentano, infatti, gli strumenti principali di programmazione locale attuativa, in quanto sono strettamente raccordati con il bilancio delle Aziende, e concertati con la Regione.

E' in sede di definizione del budget annuale dell'Azienda che si verifica la concreta possibilità di realizzare - anche parzialmente - un obiettivo espresso dalla programmazione regionale e specificato in sede di piano triennale ed è in questa sede che la concertazione Regione/Aziende consente di effettuare quel raccordo tra programmazione e gestione che spesso, nel recente passato, non è intervenuto.

E' evidente che tale configurazione dei rapporti Regione/Aziende muta in modo apprezzabile l'oggetto e le modalità del processo: l'Azienda è più libera nella scelta del proprio percorso attuativo, mentre il controllo regionale interviene sulla verifica del

rispetto del budget e sul raggiungimento dei risultati attesi, piuttosto che non sull'espressione formale di intenti programmatori;

c) relativamente al rapporto tra Piano dell'ULSS e Piano di zona dei servizi sociali si è detto che i contenuti del secondo costituiscono il fondamento su cui avviene la stipula dell'accordo di programma tra Comuni e Azienda ULSS i cui contenuti saranno poi recepiti dalla Azienda ULSS, in sede di redazione del piano generale attuativo triennale.

E' necessario qui sottolineare, comunque, che il Piano di Azienda ULSS riguarda tutti i servizi gestiti direttamente dalla stessa e quindi: quelli sanitari, quelli socio-sanitari, nonché quelli socio-assistenziali eventualmente delegati dai Comuni con il meccanismo delle convenzioni di cui all'articolo 7 della legge regionale n. 55/1994.

## **7. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

Il Dipartimento di prevenzione non si configura come semplice sommatoria delle funzioni precedentemente attribuite ai servizi di sanità pubblica, ma presuppone un processo di ricomposizione e riconvergenza dei vari servizi su obiettivi comuni: uomo-animale-ambiente.

Al Dipartimento, quindi, afferisce tutto il complesso delle attività di prevenzione, sia quelle da espletarsi a livello centrale che quelle da erogare a livello di distretto. Tale scelta organizzativa, ampiamente motivata dall'esigenza di rispondere uniformemente alle prescrizioni legislative e di affrontare unitariamente le problematiche dei rischi per la salute che derivano dall'ambiente sia naturale che antropico, richiede di specificare le modalità con cui avviene il decentramento degli operatori sul territorio dei distretti dell'ULSS.

Il Dipartimento deve avere, un responsabile, di norma a tempo pieno, sovraordinato rispetto ai responsabili dei servizi, che si rapporta col direttore generale e non assume responsabilità di gestione diretta in materia di competenza dei singoli servizi.

In staff al responsabile del Dipartimento vanno strutturate competenze al fine di affrontare le seguenti funzioni specifiche, nell'ambito di competenza del dipartimento:

- a) osservazione epidemiologica;
- b) flussi informativi di sanità pubblica;
- c) educazione sanitaria;
- d) verifica e revisione di qualità sulle prestazioni erogate.

Costituiscono azioni strategiche e strumentali di questo comparto:

- a) il consolidamento, miglioramento e potenziamento delle attività di prevenzione;
- b) la sperimentazione della nuova struttura organizzativa del dipartimento di prevenzione, con individuazione delle ULSS che svolgono attività multizonali;
- c) la individuazione degli interventi di profilassi superati in conseguenza di una diversa situazione epidemiologica e delle aggiornate conoscenze scientifiche;
- d) la individuazione di nuove attività di prevenzione per rispondere ai mutati e reali bisogni della collettività;
- e) la definizione delle modalità di raccordo con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie di Padova.

Di quanto sopra si dovrà tener conto in sede di emanazione del programma settoriale di cui all'articolo 12, comma 1, della presente legge, avendo riguardo ai seguenti indirizzi:

a) per consolidare, migliorare e potenziare le attività di prevenzione, nell'arco del triennio di validità del piano, la frazione di quota capitaria ad esse destinata va progressivamente incrementata fino a raggiungere l'importo previsto dai livelli uniformi di assistenza di cui al Piano sanitario nazionale;

b) va tenuto conto che il passaggio delle competenze dai vecchi "settori" al Dipartimento di prevenzione non può essere un semplice cambiamento di denominazione; deve essere invece colta l'occasione per ridefinire le finalità e le modalità di intervento in materia di prevenzione. Inoltre, in ragione della ridotta dimensione di talune ULSS dovranno essere definiti i servizi del Dipartimento che dovranno svolgere funzioni multizonali. E' necessario pertanto procedere ad una sperimentazione, controllata dalla Regione, al fine di definire l'assetto organizzativo definitivo del dipartimento nell'arco del triennio.

In questo ambito va adottato come prioritario il sistema di qualità totale nei servizi del Dipartimento, nella previsione di diffonderne a tutti i servizi dell'Azienda ULSS la cultura e la metodologia;

c) è necessario procedere ad un esame critico delle attività di profilassi in atto, sulla base anche dell'esperienza maturata, negli scorsi anni, nella nostra Regione. Va infatti considerato che numerosi provvedimenti di profilassi, costituendo una limitazione della libertà personale, sono autorizzati per evitare un rischio potenziale grave al singolo e/o alla collettività. In tal senso è necessario procedere ad un accurato calcolo del rapporto che intercorre tra il costo del provvedimento ed il beneficio che se ne ricava;

d) l'attività del Dipartimento deve essere orientata:

1) verso l'individuazione e la neutralizzazione di incidenti, infortuni e morti evitabili, anche se questo tipo di attività esula, in parte, da quelle tradizionalmente svolte;

2) verso l'adozione di modalità di autocontrollo negli stabilimenti di produzione, trasformazione e deposito di prodotti alimentari;

e) le attività di supporto strumentale e laboratoristico ai dipartimenti di prevenzione delle ULSS vanno assolutamente garantite dai Presidi multizonali di prevenzione e dall'Istituto Zooprofilattico delle Venezie. Fino alla emanazione della legge regionale di istituzione dell'agenzia regionale di cui alla legge n. 61/1994, la gestione dei presidi multizonali di prevenzione, così come disciplinati dalla legge regionale n. 54/1982, è affidata, con proprio bilancio, all'ULSS capoluogo di provincia. Il personale assegnato ai presidi multizonali di prevenzione ed in servizio alla data del 31.8.93 deve essere utilizzato per i compiti e le funzioni previste dalla citata legge regionale n. 54/1982, a supporto dei Dipartimenti di prevenzione delle ULSS e degli Enti locali del competente territorio provinciale. Fino all'emanazione della citata legge istitutiva dell'Agenzia regionale e del necessario riordino dei controlli ambientali, il Dipartimento di prevenzione continuerà a svolgere le funzioni di igiene ambientale, necessarie al controllo e a supporto degli Enti locali titolari della funzione amministrativa. Nell'ambito della definizione delle funzioni amministrative in materia di igiene ambientale e sanitaria, ripartite tra Regione, Province, Comuni e ULSS, è necessario procedere alla razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse dell'Azienda ULSS e degli Enti locali, definendo le funzioni in materia di vigilanza igienico-sanitaria di specifica competenza, in particolare attribuendo al Comune quelle di primo livello attinenti al regolamento comunale di igiene e quelle di secondo livello al Dipartimento di prevenzione, in un ambito di collaborazione continuativa;

f) l'Istituto zooprofilattico sperimentale delle Venezie, al fine di svolgere la sua funzione di supporto strumentale e laboratoristico in materia di igiene e sanità pubblica veterinaria, dovrà essere organizzato in modo da assicurare, anche con le sue sezioni provinciali, un adeguato servizio all'utenza, comprendente l'accettazione dei campioni, l'effettuazione del servizio diagnostico, la refertazione e la sorveglianza epidemiologica veterinaria.

Le attività di prevenzione collettiva e di tutela della salute della popolazione, nonché di salvaguardia del patrimonio zootecnico, sono svolte dal Dipartimento di prevenzione attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di rischio che originano dall'uomo, dall'animale e dall'ambiente.

Ferme restando le azioni e gli interventi di prevenzione di consolidata e comprovata efficacia, costituiscono in particolare obiettivi specifici da perseguire e migliorare nell'arco del triennio:

- a) profilassi vaccinale obbligatoria e facoltativa;
- b) profilassi internazionale;
- c) tutela e controllo dell'acqua ad uso potabile;
- d) tutela della salute e sicurezza dei lavoratori nei luoghi di lavoro, dando in particolare completa attuazione ai decreti legislativi di recepimento delle direttive CEE in materia;
- e) profilassi veterinaria ai fini della tutela del patrimonio zootecnico dalle malattie infettive e diffuse e per la tutela della popolazione umana dalle antropozoonosi e per la salvaguardia dell'ambiente;
- f) controllo in ambito urbano degli animali domestici e sinantropici;
- g) lotta alla diffusione di zoonosi veicolate da vettori (insetti o animali nocivi) anche sulla scorta delle evidenze epidemiologiche emergenti;
- h) vigilanza sanitaria sugli allevamenti, con particolare attenzione alla ricerca di residui e contaminanti nell'animale e nell'ambiente ed al controllo ed alla vigilanza sull'impiego del farmaco veterinario;
- i) epidemiologia e prevenzione delle malattie cronico-degenerative di importanza sociale;
- l) promozione di interventi educativi ad indirizzo nutrizionale, in particolare per le comunità servite da ristorazioni collettive;
- m) controllo della presenza di salmonelle negli allevamenti avicoli;
- n) individuazione e riduzione degli incidenti, infortuni e morti evitabili attraverso una specifica rilevazione epidemiologica e la predisposizione di iniziative per promuovere e sviluppare comportamenti corretti;
- o) coordinamento delle attività finalizzate alla prevenzione e alla diagnosi precoce delle neoplasie;
- p) promozione della conoscenza e della tutela della salute degli extracomunitari nel più ampio contesto del loro inserimento sociale;
- q) promozione di interventi rivolti alla tutela della lavoratrice gravida allo scopo di assicurare condizioni lavorative idonee;
- r) promozione nei giovani della cultura della sicurezza nei luoghi di lavoro, mediante la collaborazione con gli Istituti Tecnico professionali;
- s) promozione di interventi atti ad una più efficace tutela del lavoro minorile;
- t) assicurazione agli SPISAL di risorse adeguate al fine della promozione della cultura della sicurezza nel mondo del lavoro anche attraverso lo sviluppo di momenti organizzativi, oltre che di vigilanza, anche di assistenza.

In merito ad alcuni dei suddetti obiettivi di consolidata efficacia e da sviluppare nel triennio, si ricorda:

- a) il controllo delle malattie infettive nel quale va accentuata la strutturazione attuata in questi anni a costituire flussi speciali di informazione per restituire agli utenti finali le indicazioni raccolte allo scopo di permettere un continuo miglioramento della possibilità periferica di verificare i rapporti costo-benefici delle attività di profilassi;
- b) la profilassi vaccinale per la quale si è attivato un piano di miglioramento vaccinale, tuttora in corso, che ha coinvolto nell'intera Regione sia i medici di ULSS sia i pediatri di libera scelta, permettendo di attivare una rete regionale di consulenze prevaccinali e di verifica delle reazioni avverse ai vaccini. Andrà accentuata l'attuale politica di incrementare l'espansione delle vaccinazioni facoltative e di lavorare in stretto contatto con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta;
- c) la profilassi vaccinale dei viaggiatori internazionali. Si tratta di un fenomeno in netta espansione in tutta la Regione che comporta la necessità di aggiornare e migliorare continuamente la qualità delle consulenze che i nostri servizi sono in grado di fornire;
- d) le attività di controllo sull'acqua potabile, di consolidata efficacia, che vanno ampliate al di là del semplice controllo delle caratteristiche chimico microbiologiche delle acque condottate per essere estese al controllo periodico delle fonti di approvvigionamento privato e alle caratteristiche costruttive e alle modalità di approvvigionamento degli acquedotti.

Considerato che i presidi veterinari multizonali di prevenzione di cui alla legge regionale n. 77/1980 e successive modificazioni ed integrazioni sono stati soppressi e considerate le peculiarità delle relative competenze (profilassi antirabbica, disinfezioni e disinfestazioni di interesse veterinario, raccolta e distruzione di animali morti) si ritiene opportuno che esse vengano attribuite a servizi con funzioni multizonali, da attivare attraverso accordi di programma tra le ULSS interessate, sulla base delle indicazioni contenute nel programma settoriale di cui al comma 1 dell'articolo 12 della legge.

## **8. L'ASSISTENZA TERRITORIALE**

### **8.1 Il Distretto socio-sanitario**

Nel nuovo scenario organizzativo prefigurato dal D.Lgs. n. 502/1992 la collocazione del Distretto socio-sanitario costituisce uno degli aspetti più innovativi e qualificanti del servizio sanitario nazionale.

Il distretto deve rappresentare, per tutti i cittadini del proprio ambito territoriale, il centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda Unità sanitaria locale e, nello stesso tempo, il polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali territoriali nel perseguimento dei progetti-obiettivo.

Dal distretto così caratterizzato dipendono tutti i servizi operanti sul territorio, con bacino di utenza distrettuale, siano essi di tipo semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare, i servizi residenziali socio-sanitari, per i quali vanno previste idonee modalità di coordinamento e collegamento con i servizi territoriali, sulla base di protocolli operativi vincolanti tutti i soggetti, pubblici e privati accreditati presenti in un determinato ambito territoriale

Nel distretto hanno luogo tutte le attività dei servizi territoriali sanitari e sociali, sia specifiche che fra loro integrate. I distretti socio-sanitari sono sede di gestione e di coordinamento operativo e organizzativo dei servizi territoriali.

Il Distretto, così come emerge dal nuovo impianto organizzativo, ha dunque una duplice valenza, ben evidenziata dal Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, che individua nel Distretto stesso l'articolazione organizzativo-funzionale dell'ULSS finalizzata a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi che erogano le prestazioni sanitarie e tra questi e i servizi socio-assistenziali in modo da consentire una risposta coordinata e continuativa dei bisogni socio-sanitari della popolazione.

La ridelimitazione territoriale delle ULSS rende l'istituzione dei distretti momento indispensabile per una razionale strutturazione del servizio.

L'integrazione tra servizi diversi quali il supporto fornito al medico di famiglia e al pediatra di libera scelta e la possibilità di nuove forme di assistenza integrativi rispetto all'attività ospedaliera possono consentire infatti una riduzione considerevole della domanda di ricoveri ospedalieri con conseguenti minori costi umani ed economici.

L'efficace integrazione tra le attività del distretto, del medico di famiglia e del pediatra di libera scelta, dei poliambulatori e dell'ospedale garantisce infatti la continuità dell'assistenza, la tempestività dell'invio del paziente all'ospedale quando appropriato, ma soprattutto un efficace barriera al ricovero improprio, nocivo alla salute della persona e dispendioso sotto il profilo economico.

Perciò caratteristiche fondamentali del Distretto dovranno essere: la flessibilità organizzativa, metodi di lavoro interdisciplinari finalizzati ad una utilizzazione ottimale delle risorse, orientamento delle attività per progetti e/o per problemi, valorizzazione della funzione dei medici di famiglia e raccordo dell'attività espletata da questi ultimi con quella delle altre strutture sanitarie e sociali al fine di garantire la continuità terapeutica, la razionalizzazione dell'accesso alle strutture ospedaliere e la responsabilizzazione nei riguardi della spesa.

Ciò significa che il Distretto eroga prestazioni di primo livello direttamente, attraverso i propri operatori e le proprie unità operative e provvede a garantirle in forma integrata (tra sanità ed assistenza).

In questo quadro il Distretto dovrà essere in grado di assicurare:

1) al cittadino l'informazione sui servizi disponibili, garantendo la gestione coordinata dell'accesso ai servizi in tempi e modalità certe, sulla base delle prescrizioni ricevute dal medico di famiglia e dal pediatra di libera scelta attraverso:

- a) la possibilità per l'utente di espletare le procedure amministrative a livello decentrato;
- b) disponibilità decentrata di punti di prelievo per indagini chimico-cliniche;
- c) disponibilità, presso la sede del distretto, di interfaccia con il Centro Unico Prestazioni (CUP);

2) al medico di medicina generale ed al pediatra di libera scelta i servizi di supporto e l'accesso alle agende di prenotazione dei servizi, favorendone la relazione con il proprio assistito e con il sistema dei servizi dell'ULSS;

3) il centro di raccolta delle informazioni su tutte le prestazioni erogate dotato di un sistema informativo che consenta di attribuire ogni prestazione da un lato alla quota capitaria del singolo cittadino e dall'altro lato al budget del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta;

La nuova prefigurazione del Distretto, il suo ruolo di accoglimento, analisi, valutazione ed orientamento della domanda e di organizzazione della risposta, all'interno delle compatibilità economiche dei livelli uniformi di assistenza impone, infatti, un nuovo rapporto tra Distretto e medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e l'assunzione di adeguati strumenti gestionali.

Il Distretto, infatti, non può non proporsi il governo della spedalizzazione - che implica l'obiettivo del rientro allo standard di 160 ricoveri per mille abitanti, contestualmente ad uno sviluppo dei servizi territoriali, domiciliari e residenziali - così come non può sottrarsi ad una azione di costante monitoraggio del consumo di farmaci e di prestazioni specialistiche. Ed indubbiamente l'intervento sul complesso di queste problematiche passa per un ridefinizione del ruolo della medicina generale e della pediatria di libera scelta nel sistema sanitario nazionale.

Negli ultimi decenni la crescente specializzazione, spinta dallo sviluppo tecnologico e terapeutico, ha prodotto fenomeni di crescente frammentazione nell'offerta sanitaria e di moltiplicazione dei centri capaci di generare domanda di servizio e quindi di spesa sanitaria, riducendo progressivamente il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, che spesso non riesce a mantenere una visione unitaria dei problemi e il controllo dei trattamenti prescritti del proprio paziente.

Viceversa, l'esigenza di rendere razionale ed unitario il processo di erogazione dei servizi e di contenere la quantità dei servizi erogabili a ciascun cittadino nei limiti di ciò che è necessario ed economicamente possibile richiede di focalizzare e riunificare nel medico e nel pediatra di famiglia le attività sanitarie.

Il processo di invecchiamento della popolazione, la crescente incidenza delle malattie croniche, la difficoltà crescente dell'ospedale di essere sede per la diagnosi ed il trattamento completo di tutto il corso delle malattie, spingono per una valorizzazione della medicina di comunità e per una responsabilizzazione del medico di base e del pediatra di libera scelta sul governo dell'intero processo di cura.

## **8.2 La Medicina Generale**

In questo quadro, il ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta va sottolineato, quale figura di raccordo fra il cittadino e il sistema sanitario, di integratore funzionale fra la domanda di salute del cittadino e la prestazione di servizi. L'attuale accordo nazionale (DPR 28 settembre 1990, n. 314) demanda al medico convenzionato compiti molto ampi, quali:

- a) assistenza primaria ambulatoriale e domiciliare;
- b) diagnosi e terapia delle malattie acute e croniche;
- c) assistenza personale integrata;
- d) educazione sanitaria e prevenzione individuale e familiare;

- e) ricerca sia in campo clinico che epidemiologico (in raccordo con le strutture afferenti al sistema regionale di osservazione epidemiologica);
- f) formazione e didattica.

Queste competenze saranno ulteriormente ampliate nella nuova convenzione in via di definizione.

Il medico di medicina generale ed il pediatra di libera scelta è quindi già individuato a tutti gli effetti il medico della persona, con una attività caratterizzata da un approccio globale al paziente dalla continuità della cura rispetto all'intervento specialistico che è invece caratterizzato da una visione episodica della malattia.

Tuttavia, per rendere praticabile questo ruolo, è necessario responsabilizzare il medico ed il pediatra di famiglia relativamente al consumo di risorse del paziente, conferendogli così vere possibilità decisionali e legando una parte consistente della retribuzione alla produttività.

La gestione della quota capitaria - introdotta dal D.Lgs. n. 502/1992 - n. 517/1993 richiede infatti che tutte le prestazioni erogate ad ogni cittadino siano attribuite all'ULSS e al Distretto di appartenenza. Inoltre le attività di controllo di qualità e di economicità richiedono che sia identificato in modo univoco il responsabile di ognuna delle prescrizioni e che tutte le prescrizioni di ogni cittadino siano attribuite al "budget del medico e del pediatra di famiglia" prescelto.

Il nodo fondamentale da sciogliere nell'applicazione del D.Lgs. n. 502/1992 e n. 517/1993 risiede proprio nella definizione di un modello organizzativo in grado di integrare sistematicamente l'attività del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta nelle strategie dell'assistenza sanitaria di base rappresentata dal Distretto socio-sanitario di base, quale articolazione tecnico-funzionale dell'ULSS.

Solo attraverso una ridefinizione del ruolo del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta quale parte integrante dell'équipe distrettuale è infatti possibile proporsi di perseguire quel "sistema globale delle cure" indicato dall'OMS e che si fonda su una "cultura della salute" che supera il concetto di cura per includere sia gli aspetti clinico-tecnici che quelli socio-culturali ed economici della domanda di salute da parte dei cittadini.

### **8.3 La funzione distrettuale**

Per quanto riguarda quindi l'assistenza territoriale, il PSSR individua le azioni strategiche di tale comparto e gli obiettivi specifici da perseguire da parte delle ULSS, in conformità al Piano Sanitario Nazionale ed alla configurazione del Distretto sanitario come descritto.

Esse sono:

- a) erogazione da parte del distretto, mediante le sue unità operative, dei seguenti livelli di assistenza sanitaria previsti dal Piano Sanitario Nazionale:
  - 1) assistenza sanitaria di base;
  - 2) assistenza specialistica semiresidenziale e territoriale;
  - 3) assistenza residenziale sanitaria a non autosufficienti e a lungodegenti stabilizzati;
- b) gestione da parte del distretto delle attività delegate dagli enti locali;



- c) accogliimento della domanda del cittadino attraverso le proprie unità operative, i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta e l'orientamento del cittadino stesso verso le proprie ed altre unità operative, nonché verso le strutture accreditate. Per l'esercizio delle sue funzioni il distretto dispone di un budget proprio e provvede altresì alla rilevazione della spesa indotta presso altre strutture;
- d) sperimentazione del budget dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta quale strumento per il monitoraggio delle prestazioni e la razionalizzazione della spesa;
- e) estensione del servizio di assistenza domiciliare integrata (ADI) almeno al 4% della popolazione ultrasessantacinquenne con gli standard organizzativi e metodologici stabiliti dalla DGR n.2034 del 10.5.94;
- f) determinazione del fabbisogno ed i criteri di localizzazione delle RSA così come definite dalla DGR. 2034 del 10.5.1994 con priorità alla riconversione ospedaliera di cui alla legge regionale n. 39/1993 ed alla riqualificazione delle strutture residenziali esistenti.

#### **8.4 Il Sistema dei Servizi Territoriali**

L'esigenza di interventi integrati si fonda sulla necessità di considerare la globalità della persona in tutte le sue dimensioni. Essa richiede una sistematica attenzione al rapporto tra persone e contesti di vita, agendo sui fattori che favoriscono lo sviluppo di salute diffusa a livello individuale, familiare e sociale.

La riflessione e la quotidiana esperienza di intervento su fenomeni quali la tossicodipendenza, la malattia mentale, il disagio evolutivo, la non autosufficienza, impongono un superamento di ottiche settoriali, tuttora presenti nei servizi, dando luogo a forme di presa in carico globali e integrate dei problemi, vale a dire considerali in tutte le dimensioni.

Questo richiede cooperazione, integrazione e capacità di assumere i destinatari come interlocutori attivi del processo di assistenza. La multifattorialità del disagio chiama in carico una nuova cultura della salute e nuove metodologie di intervento, capaci di ricollocare in un processo unitario i vari apporti sanitari, psicologici, sociali, assistenziali ed educativi.

Nel Veneto l'esigenza dell'integrazione è stata avvertita e riconosciuta dalla legislazione regionale fin dagli anni '70, ancor prima della L. 833/1978.

In continuità con questa tradizione il PSSR deve consolidare il sistema dei servizi e qualificare la loro dimensione integrata, attraverso l'individuazione puntuale delle componenti sociali, socio-assistenziali, socio-educative, socio sanitarie e sanitarie, presenti in forma autonoma e, più spesso, in forma aggregata nell'operatività dei servizi.

Coerentemente con questa impostazione la Giunta regionale, mediante i provvedimenti attuativi di Piano, dovrà definire per ciascuno dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria (SASS) il modello organizzativo e gestionale più idoneo a garantire l'impiego di metodologie interdisciplinari e a promuoverne lo sviluppo e la diffusione.

Strumento idoneo è la classificazione dei servizi, in particolare dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria. Tale classificazione si attua mediante schede esplicative dell'assetto organizzativo dei singoli servizi con riferimento alla normativa vigente, alla tipologia degli utenti, alle funzioni autonome e complementari, alla peculiarità dell'intervento (sociale, sanitario, socio-sanitario, socio-assistenziale ed educativo), agli

aspetti gestionali e ai relativi standard.

Secondo tali orientamenti verrà attuata la revisione del regolamento regionale n. 8/1984.

I servizi che si ritiene richiedano di essere oggetto di apposite schede sono:

#### AREA MATERNO INFANTILE

- a) unità operativa consultorio familiare
- b) unità operativa età evolutiva
- c) unità operativa handicap

#### AREA ANZIANI

- a) assistenza domiciliare integrata

#### AREA TOSSICODIPENDENZE

- a) SERT
- b) comunità terapeutica

#### AREA SALUTE MENTALE

- a) centro di salute mentale
- b) servizio psichiatrico di diagnosi e cura
- c) comunità terapeutica protetta

#### AREA DISABILITÀ

- a) centro socio educativo territoriale
- b) centro socio-riabilitativo ed educativo
- c) centro occupazionale
- d) servizio per l'inserimento lavorativo
- e) strutture intermedie e alternative nell'area del disagio evolutivo psichico e relazionale.

#### Valutazione dei servizi.

Oltre alla definizione dei servizi la Giunta regionale avrà cura di stabilire:

- a) la tipologia delle informazioni che la documentazione professionale utilizzata nelle strutture erogatrici di servizi deve contenere e le modalità di produzione delle informazioni;
- b) le forme di controllo e di vigilanza sull'attività di tali strutture.

Inoltre la Giunta regionale definisce i parametri ed i criteri di valutazione atti a stabilire il grado di soddisfazione quali-quantitativa dei bisogni, in coerenza con le linee del PSSR.

#### Formazione degli operatori.

In ogni servizio deve essere presente una continua attività di formazione degli operatori come essenziale dello sviluppo del servizio stesso. Per quanto riguarda invece la formazione di base, gli interventi devono essere focalizzati sui profili professionali di

addetto all'assistenza e di educatore professionale-animatore. A tal fine, la Giunta regionale provvederà ad approvare annualmente con propria deliberazione un apposito programma di formazione.

#### Concorso finanziario degli utenti dei servizi sociali.

Per quanto riguarda la determinazione del concorso finanziario a carico dell'utenza di servizi socio-educativi a carattere diurno e residenziale, in linea di principio, sono gratuiti i servizi che sono funzionali alla soddisfazione di un diritto fondamentale (esempio servizi di assistenza a scuola). Il concorso dell'utenza nei servizi socio-educativi-assistenziali, che assumono configurazione di servizi a domanda individuale, riguarda le spese per le attività di carattere accessorio e di gestione. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, con proprio provvedimento determina i criteri per la partecipazione alla spesa degli utenti.

#### Azioni prioritarie.

Allo scopo di integrare la prospettiva degli obiettivi di sviluppo del sistema dei servizi con una selezione di problemi comuni e trasversali, dovranno essere predisposte altresì le opportune azioni prioritarie nell'ambito delle seguenti aree funzionali, affinché siano assunte come riferimento contenutistico e metodologico per la formulazione dei Piani di zona:

- a) Area funzionale per la promozione del benessere psico-fisico e sociale delle persone e delle famiglie;
- b) Area funzionale per l'aiuto, l'assistenza ed il sostegno psicosociale a favore delle persone e delle famiglie in difficoltà;
- c) Area funzionale per la sicurezza, l'assistenza e tutela delle persone in condizione di non autosufficienza temporanea o permanente.

Infine, sarà compito della Giunta regionale, elaborare le azioni strategiche finalizzate a dotare la Regione di un sistema di attività determinanti per il conseguimento degli obiettivi di Piano. Sono cinque le direzioni verso cui l'azione di Piano dovrà dirigersi:

- a) formazione del personale;
- b) collaborazioni interistituzionali;
- c) esercizio delle funzioni socialmente utili da parte degli anziani autosufficienti;
- d) l'incontro tra giovani ed adulti per una cittadinanza responsabile;
- e) la valutazione dei servizi.

Il Consiglio regionale, inoltre, invita la Giunta regionale ad attivarsi per l'adozione dei provvedimenti necessari alla risoluzione delle problematiche relative agli "Istituti Polesani per la cura e la tutela mentale" di Ficarolo.

## **9. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA E SPECIALISTICA**

### **9.1 L'Ospedale**

Il PSSR si muove su una linea di piena conferma della legge regionale n. 39/1993 sia per quanto concerne la concezione della funzione ospedaliera, sia con riferimento agli

standard funzionalità indicati, sia per quanto concerne la strutturazione della rete ospedaliera, sia per quanto attiene alle indicazioni organizzative.

Le tabelle devono tuttavia riclassificare e riaggregare le dotazioni già previste dalla legge regionale n. 39/1993 adeguandole alle più recenti disposizioni della normativa statale e disponendole sulla nuova trama territoriale ed istituzionale disegnata dalla legge regionale n. 56/1994.

Pertanto la Giunta regionale adegua le schede di cui all'articolo 14, comma 1, in modo tale da ottemperare alle seguenti esigenze:

- a) ottenere una tendenziale riduzione della dotazione strutturale, essendo il dimensionamento complessivo della rete ancora al di sopra dei 6 posti letto per mille abitanti rispetto alle nuove indicazioni governative che hanno ulteriormente ridimensionato lo standard di dotazione ai 5,5 posti letto per mille abitanti;
- b) riconsiderare il ruolo ed il dimensionamento dei singoli presidi ospedalieri alla luce dei nuovi bacini di utenza che non hanno in molti casi semplicemente aggregato ULSS ma operato una rilettura del territorio, tenendo conto di molteplici aspetti sanitari e non (mobilità, viabilità, trasporti, tessuto produttivo);
- c) riconsiderare le funzioni multizonali, infatti non necessariamente tutte le aziende saranno tenute ad attivare l'intera gamma di servizi; in ragione della ridotta dimensione di talune ULSS saranno definiti dal PSSR i servizi che dovranno svolgere funzioni multizonali indicandoli in termini vincolanti ai direttori generali delle ULSS interessate, ai quali spetterà stabilire le opportune modalità di raccordo;
- d) semplificare la struttura delle schede, in particolare nelle direttive, considerando l'esigenza di lasciare maggiore autonomia al momento organizzativo aziendale.

Saranno definiti come vincolo per i direttori generali:

- a) l'ammontare complessivo dei posti letto complessivi assegnati alla Azienda ULSS o alla Azienda ospedaliera;
- b) la suddivisione dei posti letto per area funzionale omogenea;
- c) le unità operative autonome (divisioni e servizi autonomi);
- d) le attività multizonali.

Le schede inoltre potranno fornire indicazioni organizzative in merito alle unità operative aggregate e alla destinazione funzionale dei presidi.

In ogni caso, le nuove schede definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle ULSS e delle aziende ospedaliere all'inizio del ciclo di programmazione. I direttori generali dovranno darne completa attuazione con il primo piano triennale e dovranno assumere ulteriori provvedimenti di razionalizzazione delle funzioni ospedaliere in modo che complessivamente si raggiunga, un dimensionamento della rete ospedaliera regionale pari 5,5 posti letto per mille abitanti.

E' prevista comunque la possibilità, per i direttori generali, di proporre alla Giunta regionale, nell'ambito dei Piani generali annuali di ULSS e di azienda, nuove disattivazioni contestualmente all'avvio di servizi alternativi al ricovero ospedaliero quali l'assistenza domiciliare integrata e le residenze sanitarie assistenziali

La Giunta regionale provvederà annualmente alla modifica delle schede, sentita la competente Commissione consiliare, tenuto conto di tali proposte formulate dai direttori generali.

Per quanto attiene alla funzione ospedaliera, questa è gestita unitariamente nell'ambito della ULSS, indipendentemente dalla molteplicità dei presidi attraverso la quale viene

erogata e fa capo ad un unico responsabile. In rapporto alla specifica configurazione della rete ospedaliera locale di ULSS, il direttore generale definisce le modalità più adeguate di direzione. In presenza di più presidi di medie dimensioni è ipotizzabile che il dirigente responsabile di secondo livello sia coadiuvato da dirigenti di presidio di primo livello. Invece, in presenza di presidi maggiori dimensioni, la direzione di ciascuno può essere affidata a dirigenti di secondo livello. In ogni caso il criterio organizzativo consiste nella valorizzazione delle complementarità e nell'avvalersi a pieno delle possibili sinergie.

## **9.2 Il Dipartimento ospedaliero**

Sul piano dell'organizzazione ospedaliera il PSSR esplicita inoltre le modalità di organizzazione Dipartimentale dell'ospedale e del Presidio ospedaliero, espressa dall'articolo 24, comma 4 della legge regionale n. 56/1994 ai sensi del quale ciascuno di essi è dotato di budget che comprende una o più aggregazioni di strutture operative; il comma 5, inoltre, individua i Dipartimenti in:

- a) funzionali per obiettivi, costituiti da divisioni o servizi che concorrono ad obiettivi comuni;
- b) strutturali, costituiti da divisioni o servizi omogenei sotto il profilo delle attività e delle risorse umane e tecnologiche impiegate o delle procedure operative.

In particolare vanno evidenziate le finalità del Dipartimento in termini di:

- a) gestione ed utilizzo in comune degli spazi, attrezzature, tecnologia, personale infermieristico, tecnico-sanitario, di riabilitazione e ausiliario;
- b) sperimentazione e adozione di tutte le modalità organizzative che, a parità di qualità nei risultati ottenuti rispetto alla salute dell'utente, permettono un soggiorno più breve dell'utente stesso in ospedale, con particolare riferimento al day hospital;
- c) miglioramento del livello di umanizzazione delle strutture interne del dipartimento con particolare riferimento alla diffusione ed al rispetto dello statuto dei diritti del malato, alla diffusione delle informazioni agli utenti sull'uso delle strutture, agli orari di accesso ed al comfort dei ricoverati;
- d) sviluppo e coordinamento delle attività cliniche, di ricerca e di studio delle strutture interne. A tal fine vanno attivati moduli organizzativi e funzionali da individuarsi all'interno delle unità operative del dipartimento, cui preporre - ferme restando le competenze e le attribuzioni dei primari - personale medico ed altro personale sanitario laureato appartenente alla posizione funzionale intermedia con responsabilità e trattamento economico previsti dall'apposito istituto contrattuale;
- e) miglioramento dell'efficienza e dell'integrazione delle attività delle unità operative del dipartimento per raggiungere il miglior servizio al costo più contenuto.

Al direttore del dipartimento strutturale competono, nell'ambito di una appropriata sede di coordinamento con i responsabili delle unità operative incluse nel dipartimento, ferma restando la loro piena autonomia professionale e clinica::

- a) le decisioni in merito all'impiego del personale;
- b) la gestione, entro prefissato budget, degli istituti economici contrattuali quali il lavoro straordinario, l'incentivazione per la produttività, la pronta disponibilità e l'aggiornamento professionale;

- c) l'individuazione e la proposta alla direzione dell'ospedale dei moduli organizzativi di cui all'articolo 15 comma 2 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni nonché il monitoraggio dell'andamento e dell'attività dei medesimi per il loro rinnovo;
- d) le decisioni sulle questioni operative del dipartimento.

Circa la natura del dipartimento, va riaffermata la differenziazione tra dipartimento strutturale e dipartimento funzionale e le sue conseguenze sulle modalità di direzione del dipartimento:

- a) nel dipartimento strutturale le attribuzioni sopra elencate competono al direttore del dipartimento, al quale competono decisioni che riguardano l'intero ambito delle unità operative che compongono il dipartimento.
- b) nel dipartimento funzionale le unità operative, contribuiscono all'attività di dipartimento con quella frazione delle proprie attività che è inerente alle finalità del dipartimento funzionale. Il ruolo del responsabile di dipartimento si configura quindi come coordinatore di progetto, il cui mandato consiste nell'allineare più unità operative legate da rapporti di interdipendenza verso un obiettivo comune.

### **9.3 Valutazione dell'attività ospedaliera**

In logica attuazione delle indicazioni organizzative della legge regionale n. 39/1993 e delle nuove norme di contabilità sono da utilizzare sistemi informativi in grado di rappresentare adeguatamente la casistica trattata dall'ospedale al fine di:

- a) valutare in modo più adeguato il "prodotto" dei vari ospedali, soprattutto sotto il profilo qualitativo dell'assistenza;
- b) definire alcuni parametri per la classificazione ed il confronto di unità operative e di ospedali;
- c) fornire l'apporto informativo significativo per poter correggere e riequilibrare l'assegnazione delle risorse in funzione della produzione dei vari ospedali.

### **9.4 L'Assistenza specialistica ambulatoriale**

Per quanto riguarda, infine, la funzione specialistica ambulatoriale, è da sottolineare che essa, nel sistema dei servizi sanitari regionali, è inclusa in termini preponderanti nell'Ospedale, sia in termini di risorse e prestazioni che in termini di capacità di offerta pluridisciplinare e di intensità assistenziale.

Peraltro la capillarità della rete ospedaliera è tale da assicurare una facile accessibilità alle prestazioni specialistiche in buona parte del territorio regionale.

Di conseguenza il residuo fabbisogno e l'offerta di attività specialistica territoriale non può essere pensato in termini disgiunti da un raccordo tecnico-professionale ed organizzativo con l'Ospedale.

Quanto sopra implica l'esigenza di ridefinire - in termini di integrazione di risorse - l'apporto della specialistica convenzionata esterna ed in generale la presenza di strutture ambulatoriali extraospedaliere, ivi comprese quelle private accreditate.

Ciò avviene demandando al Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario dell'ULSS, la previsione del fabbisogno di prestazioni specialistiche ed altresì al

direttore dell'ospedale o al responsabile del distretto l'organizzazione tecnico-professionale e la gestione dell'attività.

Principio fondamentale comunque è che tutta l'attività specialistica ambulatoriale deve essere gestita in modo unitario, a prescindere dalla molteplicità di strutture erogatrici.

### **9.5 Centri regionali specializzati**

La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, dovrà emanare un provvedimento relativo alla individuazione dei Centri regionali specializzati, atteso che le convenzioni in atto sono scadute il 31.12.94.

## **10. L'ASSISTENZA FARMACEUTICA**

L'assistenza farmaceutica viene erogata sia a livello territoriale che ospedaliero, quindi il miglioramento di questa forma di assistenza richiede l'impegno congiunto dei distretti e dei presidi ospedalieri., opportunamente coordinati della direzione strategica.

Gli obiettivi sono:

- a) qualificare l'assistenza farmaceutica a livello ospedaliero e distrettuale promuovendo l'impiego dei farmaci di sicura e comprovata efficacia terapeutica e di costo più conveniente
- b) razionalizzare le risorse destinate all'assistenza farmaceutica mediante criteri di budgeting che considerino la tipologia di pazienti per i singoli medici convenzionati e correlati a definiti centri di costo e di responsabilità all'interno dei presidi ospedalieri ed ambulatoriali, e anche attraverso la razionalizzazione delle forme di approvvigionamento
- c) monitorare e controllare l'andamento della prescrizione e della spesa farmaceutica per attuare eventuali interventi correttivi
- d) sviluppare programmi di farmacovigilanza sia in ambito distrettuale che ospedaliero per rilevare, in fase post-marketing, eventuali effetti indesiderati dei farmaci
- e) contribuire alla valutazione, verifica e gestione della sperimentazione clinica all'interno delle ULSS ed aziende ospedaliere
- f) pianificare ed attuare programmi organici di informazione e documentazione sui farmaci per gli operatori sanitari, in particolare medici e farmacisti
- g) promuovere una corretta informazione sui farmaci diretta ai cittadini

Quanto agli strumenti per perseguire tali obiettivi, essi sono:

- a) a livello regionale:
  - 1) il Servizio farmaceutico regionale
  - 2) le Commissioni tecniche regionali (Prontuario terapeutico ospedaliero regionale - PTOR, sperimentazione clinica controllata, farmacovigilanza, verifica e revisione di qualità -VRQ)
  - 3) i Centri regionali di documentazione e di informazione sui farmaci

b) a livello di azienda

- 1) i Servizi farmaceutici di ULSS, di Farmacia ospedaliera
- 2) la Commissione terapeutica ospedaliera e la Commissione tecnica per la sperimentazione clinica
- 3) la Commissione VRQ.

Modalità di controllo e monitoraggio.

Il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche viene attuato mediante l'imputazione computerizzata di tutte le prescrizioni a livello di ciascuna ULSS e azienda ospedaliera e con l'elaborazione centralizzata dei dati.

In tal modo si garantiscono alle singole aziende e alla Regione le informazioni necessarie al monitoraggio e controllo del fenomeno prescrittivo.

D'intesa con tutte le componenti del sistema sanitario viene implementata la sperimentazione di un budget per singolo medico e per singolo centro di costo e di responsabilità, attivando nel contempo programmi mirati di monitoraggio qualitativo delle prescrizioni in collaborazione con gruppi di medici e farmacisti.

Per quanto riguarda l'assistenza farmaceutica convenzionata, sono prioritari i seguenti punti:

- a) attribuire alle farmacie convenzionate il ruolo di informazione e di educazione del cittadino ad un corretto e responsabile utilizzo del farmaco;
- b) avviare, in collaborazione con le farmacie convenzionate, un processo programmato di monitoraggio dell'uso del farmaco, sia sotto il profilo terapeutico che economico;
- c) promuovere, in concerto con tutte le organizzazioni sindacali di rappresentanza e con la partecipazione delle facoltà di medicina e farmacia degli Atenei veneti, iniziative atte alla formazione ed alla qualificazione professionale del laureato in farmacia.

## **11. I PROGETTI OBIETTIVO E LE AZIONI PROGRAMMATE**

I progetti obiettivo sono definiti dall'articolo 2 della legge n. 595/1985 quali impegni operativi che fungono da polo unificante delle molteplici attività espletate dalle strutture sanitarie integrate da servizi socio-assistenziali al fine di perseguire la tutela socio-sanitari di tutti i soggetti destinatari del progetto.

Il medesimo articolo definisce inoltre l'azione programmata quale impegno operativo di un particolare settore sanitario in cui debba confluire l'attività di altri servizi sanitari con competenze interdipendenti rispetto al fine proposto.

Ciò che caratterizza progetti obiettivo e azioni programmate dunque è il superamento della separazione tra interventi diversi; altresì ciò che li distingue è il fatto che il progetto obiettivo presuppone il coinvolgimento trasversale ed intersettoriale di altre amministrazioni su un'azione di tutela che supera l'ambito sanitario.

E' chiaro che individuare dei progetti obiettivo tra gli impegni prioritari del piano significa coinvolgere tutte le componenti anche non sanitarie in grado di fornire una esauriente risposta ai bisogni dei destinatari dei progetti.

I progetti obiettivo e le azioni programmate quindi sono l'occasione concreta per



promuovere e sperimentare le modalità di integrazione funzionale ed operativa di tutte le figure professionali e dei vari tipi di servizi sanitari e non.

Sono confermate le aree di intervento dei progetti obiettivo individuati con la legge regionale n. 21/1989 e precisamente quelle riferite a:

- a) tutela della salute delle persone anziane;
- b) prevenzione e tutela dell'handicap;
- c) tutela della salute mentale;
- d) tutela materno-infantile;
- e) prevenzione e cura delle dipendenze;

ed altresì quelle relative alle azioni programmate ovvero:

- a) prevenzione e cura delle malattie oncologiche;
- b) trapianti d'organo e di tessuto;
- c) assistenza ai pazienti nefropatici cronici;
- d) prevenzione, cura e monitoraggio dell'AIDS e delle malattie infettive;
- e) prevenzione e cura delle coagulopatie congenite.

Il Piano le individua in termini di indicazioni strategiche e, con successivi provvedimenti attuativi della Giunta regionale, secondo quanto previsto dall'articolo 1 comma 2, si preciserà:

- a) per alcune, il rinvio all'esistente con la focalizzazione dei punti su cui è necessario operare specificazioni delimitate (progetto anziani);
- b) per altre di carattere innovativo, una configurazione esaustiva con obiettivi specifici e risultati attesi, azioni, responsabilità, risorse e tempi, condizioni organizzative, indicatori e procedure di verifica.

Si ritiene comunque necessario emanare prioritariamente i provvedimenti attuativi relativi alle seguenti aree:

- a) Dipartimenti di emergenza di 1° livello
- b) Prevenzione, cure e monitoraggio dell'AIDS, comprendente almeno tre puntuali tematiche:
  - 1) Dipartimento per l'AIDS
  - 2) Assistenza psicologica ai soggetti HIV positivi
  - 3) Linee guida per l'assistenza domiciliare ai malati di AIDS
- c) Prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze
- d) Attuazione del Progetto obiettivo Tutela della Salute Mentale

Per l'attuazione dei progetti obiettivo di cui alle precedenti lettere c) e d) la Giunta regionale provvederà alla definizione di un adeguato modello organizzativo quale riferimento ai Direttori generali per la sua realizzazione. Poiché agli obiettivi propri dell'area delle dipendenze e della salute mentale concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'azienda (distretto, dipartimento di prevenzione e ospedale), è necessario individuare una unica entità di coordinamento operativo e metodologico che ne faciliti l'interazione.

Perciò, sotto il profilo organizzativo, il Dipartimento delle Dipendenze e il Dipartimento per la Salute Mentale si configurano come dipartimenti funzionali per obiettivi al pari degli omologhi dipartimenti ospedalieri descritti dall'articolo 24, comma, 5 lettera a) della legge regionale n. 56/1994.

La peculiarità di tali dipartimenti consiste nello svolgere attività prevalentemente a livello distrettuale ma con forte valenza integrativa sugli obiettivi specifici nei confronti delle altre strutture primarie dell'azienda. La direzione di dipartimento deve essere collocata all'interno di un unico distretto, al quale devono essere attribuite le risorse adeguate ad assicurare il servizio su tutto il territorio dell'azienda ULSS. Il Direttore generale, in base alla valutazione del fabbisogno locale, stabilirà se attribuire al referente del corrispondente programma di intervento di area specifica la funzione di direzione del dipartimento.

In particolare, il provvedimento relativo alle tossicodipendenze deve includere:

- a) l'arricchimento e la diversificazione dei progetti terapeutici così da offrire all'utenza della Regione il più ampio programma di cura e riabilitazione, facendo riferimento alle Comunità Terapeutiche situate nell'ambito della Regione di residenza del soggetto.
- b) il recepimento, in materia di alcool dipendenza, del provvedimento regionale di cui alla D.G.R. 30 agosto 1994, n. 3980 "Progetto Alcoologia Veneto", attuativo del Decreto del Ministero della Sanità del 30.8.93.
- c) le linee di intervento per contrastare efficacemente la domanda di droga, l'esplicazione delle metodologie operative finalizzate alla prevenzione, recupero e reinserimento ed alla riduzione del danno, i criteri di impiego di farmaci sostitutivi nei programmi di trattamento degli stati di tossicodipendenza, sono definiti dall'apposito progetto obiettivo approvato dal Consiglio regionale.
- d) le indicazioni per la revisione della LR 22 ottobre 1982, n. 49 "Competenza e disciplina degli interventi in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei dipendenti da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool".

Per quanto riguarda il Progetto obiettivo tutela della salute mentale, la Giunta regionale, elaborerà, sentita la competente Commissione consiliare, il relativo provvedimento attuativo in linea con il Progetto obiettivo tutela della salute mentale nazionale emanato con DPR 7 aprile 1994, pubblicato in Gazzetta Ufficiale del 22 aprile 1994. La Giunta regionale provvede altresì ad adeguare gli allegati al regolamento regionale 27.12.1991, n. 9, ai criteri indicati dal D.M. sanità n. 43 del 5.2.1992 in modo da estendere l'applicazione della legge regionale n. 28/1991 agli handicappati psichici.

## **12. LE AZIONI STRUMENTALI**

Le azioni strumentali del PSSR assumono una rilevanza strategica considerando la fase di impianto organizzativo che caratterizzerà le nuove Aziende nel triennio e richiede una specifica attenzione anche sul piano finanziario.

Perciò gli obiettivi prioritari che le azioni strumentali devono raggiungere sono:

- a) lo sviluppo di una rete di rilevazione epidemiologica in grado di fornire con continuità indicazioni sullo stato di salute della popolazione;
- b) la realizzazione di un sistema informativo direzionale che consenta alla Regione il monitoraggio dell'attività delle aziende;
- c) l'effettiva attivazione del controllo di gestione e il passaggio dalla contabilità finanziaria alla contabilità analitica in ogni azienda.

L'assunzione generalizzata di strumenti e logiche operative di tipo aziendale richiede un investimento pluriennale sia in termini di formazione che in termini di creazione dei supporti metodologici e di strumenti operativi; e questo sia a livello regionale che di ULSS e di Aziende Ospedaliere, nonché di singoli servizi.

I nuovi compiti attribuiti alla Regione dall'articolo 2, comma 2 del D.Lgs. 502/1992 e successive modifiche e le più pregnanti funzioni di coordinamento e direzione, l'attività di accreditamento delle strutture, di supporto alle aziende all'introduzione del controllo di gestione, richiedono un adeguamento nell'organizzazione e nelle logiche operative.

A tal fine, nelle more della riorganizzazione degli uffici regionali ed in considerazione dell'attuazione del riordino del SSR disposto dalla legge regionale n. 56/1994, la Giunta regionale dà esecuzione a quanto disposto dai commi 1 e 4 dell'articolo 48 della legge regionale n. 55/1994 e provvede ad emanare i programmi settoriali relativi alla realizzazione delle azioni strumentali di seguito esplicitate, avvalendosi anche del supporto di istituti, enti o soggetti pubblici e privati.

A livello delle Aziende si impone la creazione di nuovi profili dirigenziali (ad esempio responsabili di distretto, di dipartimento ospedaliero), l'assunzione di nuovi compiti (esempio controllo di gestione, reporting, contabilità analitica,) che richiedono di operare per obiettivi e risultati, con responsabilità sulla qualità dei servizi erogati nei limiti delle compatibilità finanziarie assegnate (budget).

In quest'ambito le azioni strumentali fondamentali già inserite nella legge organizzativa sono sviluppate dal presente PSSR.

Esse riguardano:

1) l'implementazione del sistema informativo socio-sanitario regionale, di governo e di gestione, adeguando l'attuale impianto alle nuove funzioni regionali e ridefinendo l'architettura e l'integrazione dei flussi dalle Aziende.

Sono finalità del sistema informativo socio-sanitario:

- a) l'estensione delle rete informativa;
- b) la qualificazione delle basi dei dati;
- c) lo sviluppo di criteri e metodologie per il monitoraggio e la verifica dei risultati attesi dell'attività sanitaria;
- d) l'ottimizzazione dell'accesso da parte degli utenti del Servizio Socio-sanitario regionale.

Sono risultati attesi la realizzazione di:

- a) quanto previsto dal comma 4 dell'articolo 7 della legge regionale n. 56/1994;
- b) il sottosistema informativo epidemiologico;
- c) il sottosistema informativo di ospedale;
- d) il sottosistema informativo per la prevenzione e la tutela della salute collettiva;
- e) il sottosistema informativo territoriale socio-sanitario.

Sono indicazioni organizzative:

- a) l'individuazione della struttura organizzativa regionale alla quale fanno capo la gestione e l'indirizzo evolutivo del SISS;
- b) la promozione di sviluppi in aree specifiche di interesse regionale, il coordinamento e

l'orientamento delle iniziative e dei sistemi informativi locali e l'organizzazione complessiva dell'attività del SISS;

c) l'indirizzo e la verifica dei flussi informativi con le ULSS e le aziende ospedaliere e con i Ministeri della Sanità e degli Affari Sociali;

d) la specificazione all'interno del programma settoriale delle risorse finanziarie, organizzative e strumentali necessarie.

2) la realizzazione dell'Osservatorio epidemiologico regionale, definendo la struttura in grado di coordinare in termini unitari le unità operative di rilevazione operanti nelle strutture del SSR e di associare alla tradizionale analisi di tipo descrittivo ed investigativo la epidemiologia dei servizi, ovvero, l'epidemiologia clinica, l'epidemiologia applicata e l'epidemiologia dei servizi sanitari.

Sono finalità dell'osservatorio epidemiologico:

fornire le informazioni epidemiologiche necessarie al processo di pianificazione e di valutazione dell'efficacia degli interventi socio-sanitari.

Sono risultati attesi:

la disponibilità di informazioni epidemiologiche necessarie a supportare ogni atto di programmazione e di controllo.

Sono indicazioni organizzative:

a) l'individuazione della struttura organizzativa regionale alla quale fanno capo la gestione e l'indirizzo evolutivo dell'osservatorio epidemiologico

b) la specificazione all'interno del programma settoriale delle risorse finanziarie, organizzative e strumentali necessarie.

3) l'effettuazione di sperimentazioni gestionali ed organizzative, nella ricerca di più efficienti modelli di governo per l'uso delle risorse finalizzate a raggiungere gli obiettivi prefissati nell'organizzazione socio-sanitaria.

In tal senso, la Giunta regionale disciplina la materia oggetto della sperimentazione, delimita gli ambiti e le aree territoriali interessate, fissa gli obiettivi da perseguire, l'assetto strutturale e tecnico funzionale dei servizi, la durata della sperimentazione e le modalità di verifica dei risultati.

4) La realizzazione del sistema di controllo di qualità allo scopo di:

a) sviluppare al livello delle ULSS e delle aziende ospedaliere l'audit interno;

b) sviluppare a livello regionale la verifica sistematica del grado di raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione.

Sono risultati attesi la realizzazione:

di un costante monitoraggio della qualità dei servizi socio-sanitari dalla quale derivino puntuali valutazioni ai fini dell'accreditamento delle strutture erogatrici.

Sono indicazioni organizzative:

a) l'individuazione della struttura organizzativa regionale alla quale fanno capo la

gestione e l'indirizzo evolutivo del controllo di qualità;

b) la promozione di sviluppi in aree specifiche di interesse regionale, il coordinamento l'orientamento delle iniziative e delle attività locali e l'organizzazione complessiva dell'attività di controllo della qualità;

c) la specificazione all'interno del programma settoriale delle risorse finanziarie, organizzative e strumentali necessarie.

5) L'accreditamento, con il quale saranno stabilite le modalità per la richiesta dell'accreditamento delle istituzioni sanitarie, la concessione, l'eventuale verifica e gli accertamenti periodici.

Inoltre, sarà definito il sistema di remunerazione a prestazione che dovrà tener conto dei seguenti criteri:

a) differente livello di organizzazione;

b) garanzia di continuità assistenziale lungo tutto l'arco temporale definito;

c) progressiva riduzione tariffaria in caso di superamento della quota di prestazioni convenuta.

La definizione delle modalità di accreditamento e del sistema di remunerazione a prestazione dovrà consentire al Direttore generale, una volta definito il fabbisogno complessivo di prestazioni assistenziali, di decidere quale quota di prestazioni erogare attraverso le strutture dell'azienda, quale acquisire presso altre aziende del Servizio sanitario regionale e da soggetti accreditati

## **13. RISORSE E POLITICA DELLA SPESA**

### **13.1 Il finanziamento della spesa di gestione delle ULSS e delle aziende ospedaliere**

La determinazione dell'ammontare di risorse finanziarie da destinare al comparto sanitario per la gestione corrente avviene sulla base di una coerente, efficiente, razionale e realistica valorizzazione dei livelli uniformi di assistenza.

Deve essere definito l'impiego e il consumo di risorse umane e materiali necessarie per l'erogazione delle prestazioni sanitarie da assicurare ai cittadini, posti i più opportuni obiettivi di efficienza ed efficacia.

Viene in sintesi definito il quadro finanziario congruo con l'organizzazione del Servizio Sanitario regionale, esplicitato analiticamente nei livelli uniformi di assistenza.

Le disponibilità finanziaria su cui l'ULSS può fare riferimento nel predisporre il programma di attività annuale sono costituite da risorse derivanti dalla ripartizione delle risorse regionali, contributi e trasferimenti di amministrazioni del settore pubblico allargato, ricavi e proventi diversi, concorsi, recuperi e rimorsi spese ivi comprese le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute dai cittadini.

La Giunta regionale, con proprio provvedimento effettua la ripartizione tra le ULSS della quota del Fondo sanitario regionale, riferendosi al criterio fondato su parametri capitari. Esemplificando l'ammontare delle risorse a disposizione dell'ULSS si compone di:

a) Quota capitaria eventualmente maggiorata in considerazione delle particolari condizioni geografiche, della composizione per fasce di età della popolazione residente, nonché della presenza di funzioni ed attività multizonali.

b) Quota aggiuntiva costituita dalla quota di riequilibrio che viene attribuita secondo le modalità previste dalla LR 39/1993 e dal PSSR. Tale assegnazione integrativa viene quindi definita in relazione ai progetti e piani programmatori attuativi articolati su base pluriennale predisposti dalle ULSS. In definitiva, la quota di finanziamento procapite per residente, rappresenta l'ammontare di risorse attribuito per garantire ed assicurare le prestazioni connesse con i livelli uniformi di assistenza. tale finanziamento è destinato alla copertura di tutte le spese di gestione, personale, acquisto di beni e servizi tra cui gli oneri per la manutenzione delle attrezzature ed apparecchiature sanitarie. In futuro, quando alla gestione contabile di tipo pubblicistico-finanziaria subentrerà la gestione contabile di tipo privatistico economica, saranno ivi ricompresi anche gli oneri per ammortamento.

c) Il finanziamento dell'ULSS deve essere correlato alla dinamica della mobilità sanitaria, da ciò consegue la compensazione finanziaria per riequilibrare i maggiori e/o minori oneri sostenuti dalle strutture sanitarie per la cura dei cittadini non residenti, ad esclusione di quelle funzioni multizonali di cui sopra, per le quali sono previste modalità organizzative e di finanziamento specifiche.

Nel nuovo assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale, sono inserite anche le aziende ospedaliere che hanno la funzione di erogare prestazioni (differenza delle aziende ULSS alle quali compete garantire i livelli uniformi di assistenza) e per le quali sono previste specifiche modalità di finanziamento.

In particolare il riferimento di maggior rilievo in questo caso è costituito dal pagamento a prestazione in base a tariffe sia per l'attività di ricovero e per le attività specialistica, diagnostica e terapeutica.

Il volume delle entrate delle aziende ospedaliere dipende quindi fundamentalmente dalla quantità e dalla qualità delle prestazioni erogate e non dal livello di spesa da sostenere per l'acquisizione dei fattori produttivi..

Va tenuto presente che secondo quanto previsto dalla legge di accompagnamento della legge finanziaria n. 724/1994, il principio del finanziamento delle aziende ospedaliere sulla base di tariffe, dovrebbe estendersi a tutti i presidi ospedalieri anche se non costituiti in aziende.

## **13.2 Il finanziamento per gli investimenti**

Il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera regionale avviato con la legge regionale n. 39/1993 e ulteriormente confermato e precisato nelle prescrizioni del PSSR 1996/1998, incontra nel governo della spesa per gli investimenti un momento critico per la sua piena realizzazione.

L'esiguità delle risorse finanziarie disponibili per alimentare il processo di trasformazione verso il nuovo modello ospedaliero regionale disegnato dai principi della L.R. 39/1993 costituisce una causa notevole di difficoltà e rallentamenti.

In effetti, la consistenza delle prevedibili disponibilità finanziarie in conto capitale per il triennio di validità del piano non appare adeguatamente dimensionata ne per dare soddisfacente risposta alle esigenze di mantenimento del patrimonio edilizio e

tecnologico dei presidi sanitari, ospedalieri ed extraospedalieri, ne per assecondare le legittime richieste e prescrizioni di sviluppo qualitativo della rete dei servizi sanitari regionali. Peraltro, la determinazione con legge finanziaria dello stanziamento annuale del fondo sanitario regionale in conto capitale caratterizza in senso congiunturale la consistenza di questo flusso di mezzi monetari che, in quanto oggetto di manovre di rientro della spesa pubblica, risulta totalmente sganciato da più opportune logiche programmatiche.

La scelta strategica volta al superamento delle difficoltà finanziarie delineate va opportunamente inquadrata nell'ambito dei nuovi principi di riordino del servizio sanitario nazionale posti dal D.Lgs. n. 517/1993, in particolare nel quadro attuativo deliberato dal Consiglio regionale nelle leggi n. 55/1994 e n. 56/1994 da cui emergono tre tipologie di fonti di finanziamento per interventi di investimento:

- a) il fondo sanitario regionale in conto capitale;
- b) l'autofinanziamento proveniente dal ricavato delle alienazioni patrimoniali e dall'impiego dei risultati economici positivi;
- c) il ricorso al mercato creditizio nei limiti suindicati; fonti di finanziamento che vanno convenientemente utilizzate in relazione alla loro consistenza, disponibilità ed onerosità.

Al riguardo, la piena responsabilità della Regione in ordine al ripiano dei disavanzi di gestione delle proprie aziende sanitarie e ospedaliere nonché la precisa attribuzione dei compiti di programmazione, di indirizzo e supporto tecnico, di vigilanza e controllo alla Regione e di quelli di gestione alle aziende sanitarie e ospedaliere dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, costituiscono i due aspetti salienti del nuovo quadro istituzionale le cui implicazioni sul piano del governo della spesa per gli investimenti portano ad una reinterpretazione del ruolo svolto dal fondo sanitario regionale in conto capitale.

Tale reinterpretazione investe da un lato, la tipologia degli investimenti oggetto di contributi erogati a valere sulle risorse del fondo sanitario regionale in conto capitale, dall'altro, le condizioni richieste per l'ammissibilità a contributo dei singoli interventi. Aspetti entrambi necessari ai fini di una effettiva razionalizzazione di tutta la spesa sanitaria.

Per quanto riguarda il primo aspetto, deve trattarsi di investimenti di sviluppo il cui significato, specie per le dotazioni ospedaliere, va correttamente inteso nel senso di creazione di posti letto in sostituzione di esistenti e non di posti letto in aggiunta a quelli già attivi. Inoltre, fondamentale importanza per la razionalizzazione di tutta la spesa sanitaria risiede nella selezione di quegli investimenti con un significativo impatto in termini di contenimento della spesa di gestione corrente dei futuri esercizi.

Passando ai requisiti per l'ammissibilità al contributo regionale, essi sono diretta conseguenza del fatto che, da un lato, il fondo sanitario regionale in conto capitale non può da solo garantire tutti i mezzi necessari al fabbisogno di investimenti, dall'altro, non è più ammissibile alcuna deroga alla logica dell'opera completa e/o di una progettazione degli investimenti articolata per lotti funzionali in grado di garantire ritorni economici fin dall'entrata in funzione del primo lotto. In tal senso, il governo delle risorse del fondo sanitario regionale in conto capitale assumerà valenza integrativa delle altre due fonti finanziarie con effetto moltiplicatore di risorse disponibili per gli investimenti, tipicamente quelle provenienti dall'autofinanziamento per le alienazioni patrimoniali.

Operativamente, la regola della compartecipazione, che di norma presiederà alla formulazione dei piani finanziari per la copertura delle spese di investimento di quegli

interventi di cui si richiede il coinvolgimento del fondo sanitario regionale in conto capitale, impone l'attivazione di una quota minima di autofinanziamento inversamente ottenibili e annualmente determinata dalla Giunta regionale in relazione alle effettive disponibilità dello stesso fondo sanitario regionale in conto capitale.

Nel merito della terza fonte, e cioè il ricorso al mercato creditizio, va detto che si tratta di una potenziale fonte di finanziamento con oneri a carico del bilancio aziendale su cui vige, però, il pieno controllo della Regione che, in sede di programmazione annuale degli investimenti, ne consente l'utilizzo fino ad un ammontare complessivo delle rate, per capitale e interessi, non superiore al 15% del valore della somma consolidata regionale delle poste dei bilanci preventivi economici annuali delle aziende al netto della quota del fondo sanitario nazionale di parte corrente attribuita alla Regione e, compatibilmente con il mantenimento negli esercizi futuri delle condizioni di equilibrio economico e finanziario delle aziende richiedenti.

Al fine di accelerare e svincolare la realizzazione dei programmi d'investimento dalla effettiva disponibilità delle risorse provenienti dalle alienazioni patrimoniali, collegate a tempi tecnico-procedurali non sempre compatibili con la temporalizzazione degli obiettivi programmati, la L. R. 55/1994, ha previsto l'istituzione, nel bilancio regionale, di un apposito fondo di rotazione da cui attingere le anticipazioni finanziarie a favore delle ULSS e delle aziende ospedaliere, con l'obbligo di reintegro ad avvenuta acquisizione delle risorse ottenute dalle medesime alienazioni.

Altra importante fonte integrativa per l'attuazione degli investimenti è rappresentata dalla finanza straordinaria. Su tale fronte sono stati approvati dal legislatore nazionale due programmi con valenza diffusa su tutto il territorio nazionale:

a) il primo previsto dall'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 che per la Regione Veneto ha consentito la programmazione di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti per un importo complessivo per il primo triennio di 554 miliardi di lire;

b) il secondo programma concerne interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS finanziato dalla legge 5/6/1990, n. 135 che per il Veneto ha previsto un finanziamento complessivo di lire 178 miliardi.

Finora si è trattato delle fonti per la copertura degli investimenti in edilizia ed attrezzature sostanzialmente di sviluppo, inteso in senso qualitativo più che quantitativo, e comunque di notevole impegno economico. Per quanto concerne invece il finanziamento degli interventi di ricostituzione della dotazione strumentale e del suo adeguamento al progresso tecnologico ed in genere per gli acquisti di attrezzature tecnico-sanitarie per le quali vi è ampio consenso circa la loro efficacia diagnostico-terapeutica, ciascuna azienda deve farsi carico del mantenimento in efficienza di questa parte della propria tecnologia sanitaria mediante le risorse del proprio bilancio tra cui rientrano i risultati economici positivi.



## CATALOGAZIONE