

LEGGE REGIONALE N. 39 DEL 30-08-1993 REGIONE VENETO

**Norme di attuazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412
in materia sanitaria.**

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE VENETO N. 73 del 31 agosto 1993

Il Consiglio Regionale ha approvato.

Il Commissario del Governo ha apposto il visto.

Il Presidente della Giunta Regionale promulga la seguente legge:

ARTICOLO 1

Oggetto della legge

1. La presente legge e gli allegati n. 1 e 2 che costituiscono parte integrante della medesima, dettano norme di attuazione dell'articolo 4 della legge 30 dicembre 1991, n. 412.

ARTICOLO 2

Obiettivi generali

1. Nel rispetto delle disposizioni contenute nella legge 30 dicembre 1991, n. 412, obiettivi della presente legge sono la realizzazione di un moderno, razionale e qualificato policentrismo ospedaliero, prevalentemente organizzato sulle funzioni di media ed elevata assistenza, di cui al decreto del Ministro della sanità 13 settembre 1988, attraverso la distribuzione nel territorio dei presidi fissi esistenti, o da istituire, nel quadro del riequilibrio delle dotazioni sanitarie e, la riorganizzazione delle attività interne dei presidi stessi, ivi comprese quelle interessate dalle convenzioni con l'Università, superando, gradualmente, la frammentazione degli stabilimenti e dei servizi ospedalieri esistenti. Ciò avviene attraverso:

- a) la contestuale trasformazione/ riconversione degli stabilimenti ospedalieri, non rientranti negli standards di cui alla citata normativa di riferimento in strutture residenziali per anziani e/ o disabili di cui all'articolo 4 della legge regionale 6 settembre 1991, n. 28 o in strutture assistenziali o in altre strutture sanitarie o in altre destinazioni;
- b) la costituzione di centri sanità così come definiti al punto 6 dell'allegato 1, di differente livello organizzativo, in relazione alla popolazione da servire ed alle altre strutture sanitarie esistenti, contestualmente alla riconversione/trasformazione ospedaliera di cui alla lettera a);
- c) la verifica e la eventuale riconversione delle convenzioni con gli ospedali religiosi, le case di cura private e gli istituti di riabilitazione;
- d) l'attuazione del definitivo superamento degli ospedali psichiatrici e delle case di salute.

ARTICOLO 3

Rete ospedaliera pubblica

1. La Giunta regionale provvede alla realizzazione dell'obiettivo di razionalizzazione e di riqualificazione della rete ospedaliera nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) valutazione degli attuali livelli di spedalizzazione e di attività ospedaliera complessiva regionale con riferimento all'articolo 4. comma 3. della legge 30 dicembre 1991, n° 412 e all'articolo 4, comma 10, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, con conseguente ridistribuzione sul territorio dei presidi fissi esistenti o da istituire, nel quadro del riequilibrio

delle dotazioni sanitarie e della riorganizzazione delle attività interne dei presidi stessi. Riduzione complessiva dei posti letto nel rispetto di quanto indicato nella tabella di cui all'allegato 2;

- b) attivazione delle aree omogenee, della organizzazione dipartimentale, dei posti per assistenza a ciclo diurno, della spedalizzazione domiciliare, delle camere a pagamento; individuazione degli spazi per l'attività libero professionale dei medici. Individuazione vincolante, nell'ambito delle aree omogenee dell'entità dei posti letto assegnati alle aree stesse;
- c) riconsiderazione, in correlazione con quanto previsto al comma 2, delle previsioni contenute nell'attuale PSSR relativamente alle strutture programmate e non attivate, confermando quelle che risultino rappresentative di specifici ed indispensabili processi di qualificazione, anche modificandone la formula organizzativa;
- d) eliminazione delle duplicazioni incongrue di divisioni e di servizi ospedalieri allorchè l'unificazione consenta di soddisfare adeguatamente la domanda del relativo bacino d'utenza;
- e) ridefinizione del funzionamento dei servizi di diagnosi e cura a carattere multizionale in forma regolamentata fra le unità locali socio - sanitarie;
- f) revisione dell'assetto territoriale e funzionale dei servizi tecnico - economici ospedalieri su base multizionale regolamentata fra le unità locali socio-sanitarie.

2. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 4, comma 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412, con deroghe per i territori montani, il processo di riqualificazione e di riorganizzazione della rete ospedaliera comprendente, anche l'organizzazione del Servizio di urgenza ed emergenza medica dell'area di ricovero e dell'area territoriale, da definire nel corso di un triennio dall'entrata in vigore della presente legge, deve pervenire ad un modello ottimale di stabilimento ospedaliero, da realizzare con le adeguate gradualità , con i seguenti requisiti:

- a) bacino d'utenza di almeno 60.000 abitanti;
- b) un numero di ricoveri annui pari almeno a 6.000;
- c) un numero di posti letto pari almeno a 250.

3. La rete ospedaliera pubblica e privata convenzionata, è riorganizzata con riferimento ai seguenti parametri regionali di dotazione e di funzionalità:

- a) 6 posti letto per 1.000 abitanti;
- b) tasso di spedalizzazione del 160 per 1.000 abitanti;
- c) utilizzazione dei posti letto ad un tasso non inferiore al 75 per cento in media annua;
- d) degenza media per acuti di 9 giorni;
- e) tasso operatorio del 70 per cento;
- f) un numero di interventi annui per sala operatoria pari almeno a 1.000;
- g) un numero di parti pari almeno a 300 annui.

ARTICOLO 4

Rete ospedaliera privata convenzionata e istituti di riabilitazione

1. La verifica e revisione delle convenzioni con gli ospedali religiosi classificati e case di cura private, ancorchè riconosciute presidio delle unità locale socio - sanitaria, deve avvenire nel rispetto dei singoli ruoli e degli obiettivi della programmazione regionale, tenuto conto dei criteri di efficienza e di cui al comma 3 dell'articolo 3.

2. La Giunta regionale, per le strutture private che presentano una prevalente connotazione lungodegenziale riabilitativa, valuta una loro trasformazione in residenze sanitarie assistenziali di cui all'articolo 4 della legge regionale 6 settembre 1991, n.28, con conseguente convenzionamento a tale titolo, sentite le associazioni di categoria. Analogamente, la Giunta regionale opera per le strutture private che presentano una prevalente connotazione di riabilitazione psico-sociale, suscettibile di trasformazione in comunità terapeutiche residenziali protette, con convenzionamento a tale titolo.

3. La Giunta regionale definisce, altresì , la rete degli istituti di riabilitazione in convenzione ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sentite le associazioni di categoria.

ARTICOLO 5

Ospedali psichiatrici e case di salute

1. Gli ospedali psichiatrici e le case di salute ancora presenti nel territorio regionale sono definitivamente dismessi nel termine perentorio di tre esercizi finanziari, compreso quello di approvazione della presente legge.

2. Le persone ricoverate in ospedali psichiatrici e in case di salute sono accolte in strutture residenziali extraospedaliere, quali le comunità terapeutiche residenziali protette, le residenze sanitarie assistenziali, di cui all'articolo 4 della legge regionale 6 settembre 1991, n. 28, le comunità alloggio o i centri sociali, a seconda delle diversificate necessità assistenziali, anche utilizzando gli spazi del patrimonio ex-ospedaliero, resosi disponibile per effetto delle azioni di razionalizzazione previste negli articoli precedenti, con le modalità di cui all'articolo 2 comma 1 lettera a).

ARTICOLO 6

Modalità d'attuazione

1. La Giunta regionale entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della presente legge nel Bollettino Ufficiale della Regione, presenta alla competente Commissione consiliare per il parere i provvedimenti di attuazione della presente legge, anche tenendo conto delle proposte pervenute in attuazione della legge regionale 27 gennaio 1993, n. 8, in materia di formazione dei bilanci annuali e pluriennali delle ULSS, nel rispetto degli obiettivi e criteri indicati nei precedenti articoli.

2. La Commissione consiliare di esprime nel termine di 30 giorni dalla data di ricevimento delle proposte della Giunta di cui al comma 1. Trascorso inutilmente tale termine di prescinde dal parere.

3. La Giunta regionale nei 30 giorni successivi al termine di cui al comma 2 delibera i provvedimenti attuativi.

4. Entro 30 giorni dalla data di pubblicazione della presente legge nel Bollettino Ufficiale della Regione la Giunta regionale individua, altresì , gli standards e gli strumenti di cui all'articolo 4 della legge regionale 6 settembre 1991, n° 28, nonchè gli standards per le comunità residenziali, terapeutiche protette e gli indirizzi alle ULSS per l'attivazione da parte delle stesse dei day hospital di cui all'articolo 8, comma 1, della legge regionale 27 gennaio 1993, n. 8.

5. Le Unità locali socio - sanitarie, entro 30 giorni dalla data di pubblicazione nel Bollettino Ufficiale dei provvedimenti di cui al comma 3, ne deliberano l'esecuzione con atti sottoposti ad approvazione regionale.

6. In caso di inosservanza da parte delle unità locali socio-sanitarie delle prescrizioni e del termine previsti dalla presente legge, la Giunta regionale esercita i poteri sostitutivi.

ARTICOLO 7

Norma finanziaria

1. La Giunta regionale uniforma la ripartizione finanziaria del fondo sanitario regionale di parte corrente e della spesa in conto capitale ai vincoli, criteri e standard contenuti nella presente legge.

La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino ufficiale della Regione veneta. E'fatto obbligo a chiunque spetti di osservarla e di farla osservare come legge della Regione veneta.

Venezia, 30 agosto 1993

ALLEGATO 1

Indirizzi per la rideterminazione della rete ospedaliera ed extraospedaliera

1) La Regione Veneto considera un valore fondamentale il diritto alla salute dei cittadini sancito dalla legge n. 833/1978. Tale diritto si estrinseca nella erogazione di prestazioni e nel loro finanziamento definito dalle leggi nazionali e regionali, a prescindere dalle diverse forme di gestione che a tale fine possono essere adottate dalle singole ULSS per presidi, strutture e servizi. La revisione/ riduzione delle dotazioni di posti letto delle strutture ospedaliere deve essere operata considerando gli attuali livelli di attività e funzionalità (degenza media, tasso di occupazione dei posti letto, presenza media giornaliera, indice operatorio o simili) per una reale riduzione degli attuali livelli di spadalizzazione.

La riorganizzazione delle strutture ospedaliere e dei servizi delle ULSS, sulla base degli obiettivi definiti dalla presente legge fermo restando quanto previsto dalla legge regionale n. 8/ 1993, dovrà assumere quale riferimento nelle singole scelte la qualità ed il costo per unità di prestazione erogata dall'utente. Questo riferimento è adottato sia per le strutture a gestione diretta delle ULSS che per le strutture convenzionate.

A questo scopo è facoltà delle ULSS adottare le forme di gestione più adeguate anche rivedendo in forma parziale o totale gli attuali assetti.

2) L'eventuale attivazione di strutture/ servizi già previsti dal PSSR 1989/ 1991, è subordinata alla valutazione degli impegni finanziari ad essa connessi ed attuata solo per specifici ed indispensabili processi di specializzazione/ qualificazione delle strutture in cui sono inseriti adottando anche formule organizzative differenti da quelle indicate dal PSSR 1989/1991.

3) La modifica dell'attuale assetto territoriale e dimensionale degli stabilimenti ospedalieri deve essere affrontata nell'ottica del superamento delle situazioni dualistiche.

4) Il processo di eliminazione delle duplicazioni deve essere perseguito tramite l'applicazione del criterio di unificazione, quantomeno direzionale, dei servizi di diagnosi e cura con particolare riferimento ai servizi di laboratorio analisi, di anestesia e rianimazione e di radiologia, tenuto conto dei parametri previsti all'articolo 3, comma 2.

Tale criterio, al fine di conseguire notevoli risparmi ed incrementi di produttività sia all'utilizzo del personale che delle apparecchiature e dei materiali, va poi esteso anche ai servizi generali (servizi alberghieri quali ad esempio lavanderia, cucina, manutenzioni tecnologiche e ai servizi di farmacia, nonchè servizi quali: informatica, ingegneria) adottando, ove possibile, attraverso accordi fra le ULSS, la multizonalità dei servizi sopra indicati regolamentato tra le ULSS.

5) Per le realtà territoriali il cui processo di eliminazione delle situazioni dualistiche conduce alla riconversione delle strutture o di parte di esse in RSA e strutture per attività socio-assistenziali, deve essere contestualmente prevista l'attivazione di centri sanità, di cui al punto 6, in collegamento con l'attivazione del servizio di urgenza ed emergenza medica.

6) Per cento sanità si intende un aggregazione di funzioni sanitarie, parametrata secondo le esigenze delle diverse aree territoriali e articolate su differenti livelli, in base alla loro collocazione territoriale ed alla loro distanza dello stabilimento ospedaliero più vicino che agisce in collegamento con il servizio di urgenza ed emergenza medica.

7) I centri sanità garantiscono una gamma di attività massime comprensive di:

- a) attività distrettuali che complessivamente garantiscono all'assistito tutte le prestazioni sanitarie a livello di base;
- b) attività ambulatoriale: in particolare l'ospedale di riferimento dovrà garantire una continuità terapeutica mediante il decentramento delle attività specialistiche;
- c) attività di guardia medica e turistica;
- d) pronto intervento e trasporto urgente sulle 12/ 24 ore collegato con il servizio di urgenza ed emergenza medica.

- 8) Il processo di razionalizzazione/ riorganizzazione del sistema ospedaliero deve coinvolgere tutti i presidi presenti sul territorio del Veneto, compresi quelli a valenza regionale e sede di Università per i quali si deve agire nel senso di una riduzione della presenza delle specialità di base a favore delle altre specialità dello sviluppo delle attività di ricerca, didattica e di riferimento scientifico e terapeutico nel territorio regionale e della razionalizzazione delle strutture iperspecializzate. La qualificazione e specializzazione di tali presidi deve essere opportunamente realizzata anche tramite l'adozione di formule organizzative meno costose trasformando parte dei servizi autonomi in servizi aggregati.
- 9) Per il raggiungimento, nel più breve arco temporale possibile, di livelli assistenziali di emergenza sanitaria territorialmente uniformi deve essere potenziata l'area delle urgenze ed emergenze sanitarie tramite la rideterminazione delle dotazioni di posti letto assegnate all'assistenza sub-intensiva e la conseguente e contestuale rideterminazione delle dotazioni di posti letto assegnate alla terapia intensiva. Nel procedere a tale rideterminazione deve comunque tenersi conto di quanto già realizzato sulla base delle indicazioni del PSSR 1989/ 1991 nonché delle esperienze maturate che hanno dimostrato il raggiungimento di migliori risultati medicalizzando il soccorso primario, cioè portando il più rapidamente possibile l'intervento sanitario al paziente e non viceversa.
- 10) Si ritiene opportuno riconoscere, in relazione al fabbisogno, una articolata funzione riabilitativa, la cui realizzazione può avvenire a livello divisionale oppure di sezione aggregata in relazione alle esigenze quantitative di posti letto definite in base alla domanda dell'utenza.
- 11) La determinazione della dotazione dei presidi ospedalieri pubblici delle ULSS deve essere articolata in due sezioni distinte. Nella prima sezione devono essere contenute le indicazioni di dotazione e le relative direttive riferite alle strutture di ricovero dotate di posti letto, distinti in 4 aree funzionali omogenee: area medica, area riabilitativa, area chirurgica ed area materno - infantile. La dotazione per le terapie intensive non costituisce una specifica area funzionale omogenea, ma deve essere puntualmente evidenziata nelle direttive. Nella seconda sezione devono invece essere contenute le dotazioni di servizi di diagnosi e cura che, sebbene non specificatamente articolare in aree omogenee, devono comunque essere ridistribuite per aree funzionali omogenee così come le strutture di ricovero.
- 12) In conformità alle disposizioni contenute nel DPR 20 ottobre 1992 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale 22 ottobre 1992, n 249) concernente l'attivazione dei posti di assistenza ciclo diurno negli ospedali, le ULSS, con provvedimento soggetto ad approvazione della Giunta regionale, convertono almeno il 10 per cento dei posti letto ordinari in posti letto equivalenti di assistenza diurna al fine di adottare il day hospital come metodologia organizzativa in tempi quanto più brevi possibile.
- 13) Una quota non superiore al 10 per cento dei posti letto deve essere destinata all'istituzione di camere a pagamento con trattamento alberghiero.
- 14) In coerenza con gli obiettivi posti dal PSSR 1989/ 1991 va mantenuto e potenziato il criterio dell'organizzazione dipartimentale dei servizi.
- 15) Nel processo di dismissione degli ospedali psichiatrici e delle case di salute, va confermato il metodo organizzativo di un unico dipartimento di psichiatria, per ogni ULSS, eventualmente articolato su più équipes territoriali pluriprofessionali, provvedendo all'attivazione ed allo sviluppo di strutture alternative quali: comunità terapeutiche residenziali protette e comunità di alloggio a gestione diretta o in convenzione. L'intera disponibilità di unità di personale in servizio, derivante dalla chiusura/ trasformazione delle strutture ospedaliere manicomiali, cui può aggiungersi l'ulteriore disponibilità derivante dalla riorganizzazione/ razionalizzazione della rete ospedaliera generale è destinata al potenziamento dell'équipe psichiatrica per attivare le comunità residenziali extraospedaliere a diverso grado di protezione.

16) Al fine dell'effettiva dismissione degli ospedali psichiatrici e case di salute, le risorse finanziarie, a carico del Fondo sanitario nazionale, devono essere ripartite e distribuite secondo una quota giornaliera individuale omnicomprensiva, assegnata nominativamente al paziente individuato sino a che non trovi altra idonea sistemazione, con oneri anche parziali, a carico della Pubblica amministrazione ed in ogni caso per il periodo massimo indicato.

ALLEGATO 2

REGIONE DEL VENETO DOTAZIONE DI POSTI LETTO PER 1.000 ABITANTI DISTRIBUZIONE PER SINGOLA AREA FUNZIONALE OMOGENEA ELENCO DELLE SPECIALITÀ PER OGNI AREA

Cardiologia + UCIC

Dermatologia

Diabetologia e mal ricambio

Ematologia

Endocrinologia

Gastroenterologia

Geriatria

Malattie infettive

Medicina generale

Medicina del lavoro

Nefrologia

Neurologia

Oncologia

Pneumologia e TBC

Psichiatria

Radioterapia

Reumatologia

Totale area funzionale omogenea media Posti letto per 1.000

abitanti: 2,38

Lungodegenza

Recupero e rieducazione funzionale

Riabilitazioni specialistiche

Totale area funzionale omogenea riabilitativa Posti letto

per 1.000 abitanti: 0,58

Anestesia e rianimazione

Cardiochirurgia

Chirurgia generale

Chirurgia maxillo - facciale e Odontoiatria

Chirurgia plastica

Chirurgia toracica

Chirurgia vascolare

Neurochirurgia

Oculistica

Ortopedia e traumatologia

Otorinolaringoiatria

Urologia

Totale area funzionale omogenea chirurgica Posti letto per

1.000 abitanti: 2.38

Chirurgia pediatrica

Ostetricia e ginecologia

Potologia neonatale

Pediatria

Totale area funzionale omogenea materno - infantile Posti letto

per 1.000 abitanti: 0,66

Totale generale posti letto per 1.000 abitanti: 6,00