



Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta
(VII^a Legislatura)

Presidente
V. Presidente
Assessori

Giancarlo
Fabio
Renato
Giancarlo
Marialuisa
Antonio
Marino
Massimo
Raffaele
Antonio
Floriano
Ermanno
Raffaele

Galan
Gava
Chisso
Conta
Coppola
De Poli
Finozzi
Giorgetti
Grazia
Padoin
Pra
Serrajotto
Zanon

Segretario

Antonio

Menetto

n. 3223 del 08 novembre 2002

Oggetto: L.R. 3.2.1996, n. 5, art. 14.
Modifiche delle schede di dotazione ospedaliera
di cui alla L.R. 39/1993, in attuazione del D.L.
18.09.01 n. 347, convertito nella L. 16.11.01 n.
405.

Il Vice Presidente, Assessore alle Politiche Sanitarie, Avv. Fabio Gava, riferisce quanto segue:

Nella seduta del 19.3.99 la Giunta Regionale ha approvato il provvedimento n. 740 avente per oggetto: “L.R. 3.2.1996, n. 5, art. 14. Modifiche delle schede di dotazione ospedaliera di cui alla L.R. 39/1993, in attuazione del D.L. 17.5.96 n. 280, convertito nella L. 18.7.96 n. 382 e della L. 23.12.1996 n. 662.”.

Con tale deliberazione, successivamente integrata e modificata con DGR n. 1180 del 28.3.2000 e DGR n. 1686 del 22.6.2001, si è dato avvio ad un’ulteriore fase del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera del Veneto, riducendo lo standard complessivo ai 5,2 posti letto per mille abitanti, di cui il 4,5 per il pubblico pari a 20.387 posti letto e lo 0,7 pari a 3.415 posti letto per il privato preaccreditato per complessivi 23.802 posti letto.

Allo stato appare necessario avanzare una nuova proposta di revisione delle dotazioni ospedaliere del Veneto, da attuarsi nell’arco del triennio 2002-2004, al fine non solo di un adeguamento agli standard di legge, nel rispetto del D.L. 18.09.01 n. 347, convertito nella L. 16.11.01 n. 405, recante “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”, che prevede l’adozione da parte delle Regioni dello standard di dotazione media di 5 posti letto per 1.000 abitanti, di cui l’1 per 1.000 dedicato alla riabilitazione, ma altresì al fine di garantire una più efficiente distribuzione delle risorse e più efficaci modelli di gestione delle medesime.

Alla riduzione dei posti letto deve, peraltro, accompagnarsi una riduzione anche delle unità operative autonome resa possibile attraverso l’attuazione dei dipartimenti, i quali, secondo quanto

Mod. A – Originale

previsto dall'art. 17 bis del D.lgs 502/92 e successive modificazioni, dovranno costituire la forma organizzativa fondamentale dell'assistenza ospedaliera.

A detta riduzione si deve, ovviamente, procedere tenendo conto delle funzioni assistenziali attribuite alle strutture di ricovero e nel rispetto dello standard tendenziale di 1 posto letto per mille abitanti per la riabilitazione.

Prima di procedere occorre comunque ricordare che il processo di ridefinizione della rete ospedaliera rappresenta una parte rilevante ma non esaustiva di un più generale riassetto strutturale, che a sua volta rappresenta parte di un'azione più complessiva che sta investendo il sistema socio sanitario veneto, in connessione con il completamento del processo di regionalizzazione e di aziendalizzazione, il riadeguamento del fabbisogno finanziario ed il rilancio della integrazione socio sanitaria.

In particolare può dirsi che il sistema veneto sta conoscendo quattro grandi processi di riadeguamento strutturale che riguardano:

- la ridefinizione della rete ospedaliera;
- la ridefinizione della rete delle residenze sanitarie extraospedaliere;
- la programmazione e l'implementazione del sistema di assistenza domiciliare;
- l'organizzazione distrettuale.

Per quanto riguarda la rete ospedaliera, ad essa si provvede con quanto stabilito con il presente atto di programmazione, ad integrazione e modifica della DGR n. 740/99.

Per quanto riguarda le residenze sanitarie extraospedaliere, va ricordato che l'impianto programmatico previsto dalla DGR n. 751/2000 è fortemente unitario e presuppone che la gamma differenziata di risposte assistenziali residenziali agisca in maniera coordinata sia al suo interno sia rispetto al sistema ospedaliero ed al sistema delle cure domiciliari. Per quanto riguarda l'assistenza domiciliare, l'attuale programmazione regionale prevede che vengano assicurati 80.000-100.000 trattamenti annui domiciliari di cui 20.000 ad intensità elevata.

Per quanto riguarda l'assetto strutturale dei distretti, oggetto di un separato provvedimento regionale di programmazione, va ricordato che tale atto (DGR 17/CR del 2001) delinea un modello basato prevalentemente su obiettivi di salute (materno-infantile, disabilità-handicap, anziani, salute mentale, dipendenze) integrandolo con nuove indicazioni che mettano al centro dell'attività distrettuale la medicina convenzionata (Medicina generale e Pediatria di libera scelta).

Riconducendo ora la trattazione al merito della programmazione ospedaliera, si inizierà da alcune considerazioni sugli standard di dotazione ospedaliera.

Standard di dotazione ospedaliera

La precedente proposta di revisione delle dotazioni della rete ospedaliera risale ormai a più di tre anni fa, ed era stata ispirata da premesse tecnico-finanziarie e programmatiche ampiamente diverse da quelle imposte dall'attuale situazione economico-finanziaria. L'intento principale della precedente revisione operata dalla DGR n. 740/99 era di controllare, mediante interventi quantitativi sulle dotazioni ospedaliere, l'andamento della domanda e dell'offerta dei servizi ospedalieri che aveva registrato un considerevole incremento, conseguente alla completa attuazione del complesso sistema di finanziamento delle prestazioni ospedaliere e della specialistica ambulatoriale, non sufficientemente accompagnato da adeguati strumenti di controllo del nuovo sistema avviato dal decreto legislativo 502/92 e successive modificazioni.

Oltre a questo, negli ultimi anni, si sono ulteriormente accentuati i costi dei contratti degli operatori sanitari nonché di gestione delle alte tecnologie, sempre più richieste in modo diffuso per assicurare prestazioni qualitativamente elevate.

A fronte di questi importanti fenomeni, dalla metà degli anni '90 si è registrato da parte della politica sanitaria nazionale un non sempre sufficiente adeguamento del fondo sanitario.

Il citato D.L. 18.09.01 n. 347 convertito nella L. 16.11.01 n. 405, nel recepire i contenuti dell'Accordo Stato-Regioni dell'8.8.2001, segna una svolta decisiva e stabilizza l'adeguamento del finanziamento della spesa sanitaria rispetto a parametri certi legati al tasso di inflazione programmata. A maggior ragione è quindi necessario mettere in atto tutti i provvedimenti di razionalizzazione della rete ospedaliera necessari a completare il riassetto strutturale del sistema socio-sanitario veneto poc'anzi descritto.

Ciò posto, si impone la necessità di procedere ad una rimodulazione complessiva, a livello regionale, dei posti letto ospedalieri, al fine di ottenere un adeguamento sostanziale allo standard di dotazione di 4 posti letto per acuti per mille abitanti nonché al tasso di ospedalizzazione del 160 per mille per l'attività di ricovero a ciclo continuo. L'1 per mille dedicato alla post-acuzie e alla riabilitazione è da intendersi quale standard tendenziale data l'estensione e il contributo della rete riabilitativa extraospedaliera particolarmente sviluppata nel Veneto.

Sono da tenere nella giusta considerazione nell'ambito delle singole strutture ospedaliere i tassi di mobilità dal resto del Paese, che determinano necessariamente maggiori fabbisogni in talune realtà.

Le dotazioni ospedaliere pubbliche includono, ai fini del raggiungimento dello standard del 5 posti letto per mille abitanti, tenuto conto della mobilità extra regionale, anche la quota di posti letto da dedicare alla libera professione.

La D.G.R. 740/99, prevedeva complessivamente una dotazione di 23.802 posti letto. Grazie ad intensi processi di razionalizzazione nell'impiego delle dotazioni di posti letto, allo sviluppo dell'attività a ciclo diurno, all'innovazione tecnologica e alla dipartimentalizzazione dei presidi ospedalieri, in sede di attuazione del provvedimento è stato possibile giungere a una dotazione di 22.899 posti letto al 31.12.2000. La nuova programmazione contenuta nel presente provvedimento mira a sostenere e consolidare tale processo di riorganizzazione e miglioramento, fissando l'obiettivo di raggiungere una dotazione complessiva pubblica e privata pari a 21.067 posti letto, comprendendo l'inclusione all'interno dello standard la dotazione di posti letto da dedicare alla libera professione intramoenia. La piena attuazione della manovra comporterà una riduzione effettiva di 1.832 posti letto pari al 8 % dell'attuale dotazione.

Il ridimensionamento delle dotazioni ospedaliere contenuto in questo provvedimento è tuttavia solo una parte di una serie coordinata di interventi diretti al miglioramento complessivo della performance gestionale della rete ospedaliera veneta. Ulteriori azioni si renderanno necessarie sia sul versante istituzionale sia sui meccanismi di finanziamento. E' infatti necessario agire sulla offerta complessiva di assistenza ospedaliera ma anche sul miglioramento dell'efficienza del processo di produzione e di erogazione delle singole prestazioni. La DGR 4081/00 ha parzialmente modificato il sistema di finanziamento basato sulla tariffa per singolo DRG introducendo il finanziamento a costo standard di specifiche funzioni assistenziali.

Nonostante la precedente revisione risalga a non molti anni fa, poco più di tre, appunto, l'evoluzione dello scenario sociale, epidemiologico, scientifico-tecnologico, istituzionale e finanziario, particolarmente rapida e talvolta turbolenta, che caratterizza le aree ad economia avanzata e i loro rapporti con la parte del mondo in via di sviluppo, richiede ora un approccio più articolato.

Sul versante sociale al mutamento dei bisogni dovuto alla transizione epidemiologica conseguente all'invecchiamento della popolazione, caratterizzato dall'incremento delle malattie cronico-degenerative, cardiovascolari e neoplastiche, si assommano i bisogni nuovi dovuti a fenomeni emergenti connessi alla globalizzazione, quali l'immigrazione. Gli ultimi anni sono stati

inoltre segnati dal prorompere del progresso scientifico e dall'evoluzione delle tecnologie biomediche.

A fronte di queste sfide la rete ospedaliera veneta nell'attuale assetto rischia di presentarsi in ritardo ed inadeguata. Essa è a tutt'oggi da un lato eccessivamente parcellizzata perché ancora dispersa su numerosi presidi di piccole dimensioni, dall'altro ancora paradossalmente accentrata perché oggi le tecnologie consentirebbero a molti dei servizi offerti da questi presidi di essere offerti molto più vicino alle comunità, a livello distrettuale e perfino domiciliare. Inoltre il livello percentuale di risorse assorbite rispetto all'intero sistema è ancora eccessivamente elevato sia in relazione agli standard europei che a quelli nazionali.

Al fine di pervenire a soluzioni idonee a garantire qualità, efficienza ed economicità nell'erogazione dei servizi sanitari ed ospedalieri, la realizzazione di poli ospedalieri unici è prevista annualmente con la Legge finanziaria. In tale sede il Consiglio Regionale su proposta della Giunta Regionale, sentita la Conferenza dei Sindaci dell'ULSS interessata, individua la localizzazione del Polo unico e prevede il finanziamento dell'opera.

Quindi la riduzione quantitativa delle dotazioni è solo la necessaria premessa strutturale di una serie di interventi istituzionali ed organizzativi necessari per ridare efficienza alla rete ospedaliera.

I principali interventi di questo tipo saranno resi possibili nel medio periodo dall'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e dalla conseguente revisione delle L.R. istitutive del SSR n.56 e 55 del 1994.

Nel breve periodo sono previsti interventi immediati consistenti in una più incisiva applicazione della normativa vigente, quali:

- la piena applicazione della normativa nazionale - D.lgs. 502/92 come integrato dal D.lgs. 229/99) - che prevede la contabilità dedicata per ogni singolo presidio ospedaliero incluso nelle Aziende ULSS e dell'art. 3, comma 2 lett. a) del DL 347/2001 che prevede l'obbligo delle aziende sanitarie ed ospedaliere di garantire l'equilibrio economico;
- Piena applicazione della L.R. 56/94 e della LR 5/96 che prevede l'unicità della funzione ospedaliera.

Per meglio valutare l'attuale produzione di assistenza ospedaliera che spesso si rivela particolarmente onerosa sia in termini complessivi quantitativi sia di costi per caso trattato, si rende necessario procedere ad una netta identificazione, perimetrazione e responsabilizzazione in termini organizzativi ed economici della funzione ospedaliera all'interno dell'Azienda ULSS mediante la fissazione di tetti di attività, la puntuale predefinizione del budget ad essa destinato, la valorizzazione in modo figurativo della produzione secondo le tariffe associate ai DRG trattati.

L'intera materia dello sviluppo della funzione ospedaliera, nelle more e in preparazione di interventi normativi sarà definita dalla Giunta Regionale con appositi provvedimenti deliberativi coordinati con il presente atto.

Destinazione funzionale degli ospedali

Allo stato attuale la proporzione tra posti letto per post-acuti e per acuti è spostata a favore di questi ultimi rispetto agli standard nazionali. Secondo le rilevazioni datate al 31.12.2000, i posti letto per acuti ammontano, infatti, al netto della correzione per mobilità attrattiva, al 4,5 per mille abitanti, mentre i posti letto per post-acuti allo 0,5 per mille abitanti. La manovra complessiva di riqualificazione e riconversione della rete ospedaliera consiste quindi principalmente nel rientro entro lo standard del 4 per mille per acuti e un moderato incremento della dotazione di posti letto per post-acuti, attraverso l'accorpamento delle funzioni e l'integrazione funzionale dei presidi, così da migliorare l'appropriatezza del sistema.

La proposta di programmazione regionale, contenuta nella DGR n. 740/99 teneva conto di quanto previsto dall'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, emanato con DPR del 14 gennaio 1997 ai sensi dell'art. 8, comma 4°, del Decreto Legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, e faceva altresì riferimento, per la classificazione degli ospedali, in relazione alla destinazione funzionale dei medesimi, alle seguenti tipologie di istituzioni di ricovero:

- ospedale per acuti;
- ospedale ad indirizzo medico-riabilitativo.

Conseguentemente la DGR n. 740/99 individuava due tipologie di presidi ospedalieri.

L'ospedale per acuti veniva definita la struttura nella quale devono trovare risposta i bisogni assistenziali del paziente in fase acuta, con particolare riferimento alle funzioni di urgenza/emergenza, così come previsto dalla DGR 1229 del 14.4.98.

Per ospedali ad indirizzo medico-riabilitativo si intendevano quegli ospedali individuati dalla programmazione regionale in cui permangano funzioni assistenziali dirette a pazienti in fase post-acuta, potendovisi prevedere, in presenza di particolari situazioni, l'espletamento, salvo diversa indicazione regionale, di limitate attività di ricovero di area medica, organizzate in unità operative.

Uno degli elementi di maggiore innovazione del presente provvedimento riguarda il superamento di rigide classificazioni dei presidi ospedalieri e l'individuazione di profili funzionali in cui includere ciascun presidio ospedaliero all'interno di una logica di rete. Tali profili specificano, infatti, il ruolo di ciascun presidio considerato come elemento di una rete interconnessa. Si individuano, quali profili di riferimento, gli ospedali costitutivi della rete (che si articolano sulla base della diversa complessità organizzativa in Aziende Ospedaliere, ospedali capoluogo di Provincia e ospedali di rete) ai quali si affiancano gli ospedali integrativi della rete, che di norma sono interamente o in modo importante dedicati all'assistenza dei post-acuti e all'assistenza riabilitativa estensiva.

Gli ospedali inclusi nella rete come costitutivi della stessa assicurano quale mandato primario e distintivo l'assistenza ospedaliera per acuti e l'assistenza riabilitativa intensiva, nonché nei casi in cui nel territorio servito non siano presenti strutture integrative dedicate, anche alcune funzioni inerenti all'assistenza riabilitativa estensiva.

Per quanto riguarda la funzione riabilitativa, l'attuale proposta di revisione deve anche e soprattutto considerare quanto previsto dalle "Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione" approvate dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano con provvedimento del 7 maggio 1998 e dalla conseguente DGR n. 253 del 1.2.2000 "Atto di indirizzo e coordinamento per l'organizzazione dei servizi di riabilitazione, ospedalieri, residenziali, distrettuali e domiciliari", ove le definizioni relative alla materia riabilitativa e l'organizzazione della assistenza post-acuzie sono analiticamente puntualizzate.

Secondo tale Atto di indirizzo e coordinamento l'attività di riabilitazione non è limitata ad una singola tipologia di struttura sanitaria ma è concepita come presente presso ogni tipo di struttura/servizio: ospedaliero, residenziale, ambulatoriale o domiciliare dell'intera rete di assistenza socio-sanitaria ove si manifesti e sia trattato il bisogno di riabilitazione. La stessa riabilitazione ospedaliera è articolata su tre livelli che si collocano corrispondentemente in strutture ospedaliere di progressiva complessità.

L'ospedale integrativo della rete è principalmente struttura di riabilitazione di primo livello.

I letti attribuiti all'area funzionale riabilitativa sono di norma così suddivisi:

- due terzi per la riabilitazione codice 56 e un terzo per la lungodegenza codice 60, se attribuiti a strutture accreditate a gestione privata;
- un terzo per la riabilitazione codice 56 e il due terzi per la lungodegenza codice 60, se attribuiti a strutture accreditate a gestione pubblica.

Nell'ospedale a gestione pubblica, individuato dalla programmazione come integrativo della rete, le funzioni dell'area chirurgica a ciclo continuo non sono previste. Sono invece possibili attività per acuti a ciclo a diurno quali il day-hospital e la day-surgery.

In taluni casi, allo scopo di consentire quel grado di flessibilità necessariamente legato alla specifica finalità integrativa caratteristica di questo tipo di presidio ospedaliero, possono essere previste funzioni per acuti a ciclo continuo laddove, a causa di oggettive carenze territoriali, tali funzioni per acuti non siano garantibili dagli ospedali di rete. Tale particolare di oggettiva carenza territoriale giustifica la permanenza di alcune funzioni per acuti medico chirurgiche presso l'Ospedale di Noventa Vicentina, anche in relazione alla ridefinizione del ruolo di alcuni ospedali vicini.

Negli ospedali integrativi della rete e presso i centri sanitari polifunzionali non si prevedono funzioni di Pronto soccorso e di primo intervento, salvo, per limitate eccezioni previste dalla programmazione regionale. Le unità operative di Pronto soccorso sono allocate presso gli ospedali costituenti la rete. Queste devono disporre di letti tecnici per l'osservazione dei pazienti in fase di definizione diagnostica o di terapia risolutiva. Le prestazioni erogate nel periodo di osservazione sono da considerarsi erogate in regime ambulatoriale e l'osservazione del paziente in Pronto soccorso non deve superare le 24 ore. Al fine di garantire la necessaria assistenza in situazioni di urgenza e di emergenza sono previsti 2 posti letto di terapia sub-intensiva presso i punti di primo intervento allocati nei centri sanitari polifunzionali "Al Mare" e di Caprino Veronese, nonché presso il punto di primo intervento dell'ospedale di Bovolone.

Per tutti gli ospedali integrativi della rete, sarà, comunque, garantito nelle 24 ore il trasporto assistito, in collegamento con la centrale operativa provinciale che dovrà predisporre uno specifico protocollo operativo per garantire la massima efficienza di intervento.

Negli ospedali integrativi della rete, oltre all'attività di degenza suddetta, può essere organizzata, in ragione di adeguati bacini d'utenza, anche un'attività per l'erogazione di prestazioni poliambulatoriali specialistiche con particolare riguardo ai presidi ambulatoriali di medicina fisica e riabilitazione ospedalieri.

Spazi resisi disponibili possono essere sede di Distretto o di altre attività sanitarie extraospedaliere quali la pratica medica associata o attività socio-sanitarie.

Nelle Aziende ULSS in cui insistono solo presidi con le caratteristiche di ospedale per acuti, questi ultimi si faranno carico di garantire anche la funzione post-acuzie, in armonia con le indicazioni della predetta DGR n. 253/2000.

La programmazione ospedaliera definita da questo provvedimento tiene nel debito conto le note particolarità di alcune situazioni territoriali quali la montagna e l'area lagunare.

Oltre a quanto desumibile dalla proposta contenuta nelle allegate schede, va precisato che nell'ambito della ridefinizione della destinazione funzionale dell'Ospedale di Auronzo di Cadore e dell'Ospedale al Mare del Lido di Venezia quali Centri Sanitari Polifunzionali potrà esserci la gestione di un limitato numero di posti letto per l'osservazione temporanea che non danno luogo a ricoveri ospedalieri. Presso l'ospedale di Conselve, ridefinito come Ospedale integrativo della rete con solo attività riabilitativa, avrà luogo un'attività di riabilitazione che si svilupperà su circa 80 posti letto di cui una metà dedicati a pazienti provenienti dall'Azienda Ospedaliera di Padova e l'altra metà a pazienti residenti nel territorio dell'Azienda ULSS n.17. Tale attività sarà regolata

tramite un apposito accordo con l'Azienda Ospedaliera di Padova e L'Azienda ULSS n.17 secondo le indicazioni regionali.

La filosofia del documento riflette del resto il processo di trasformazione che coinvolge l'intera assistenza ospedaliera. L'ospedale si avvia a diventare un contenitore polifunzionale dove la funzione prevale sulla struttura e dove una struttura flessibile deve essere in grado di conformarsi all'evoluzione dei propri processi in costante connessione con l'intera rete ospedaliera e distrettuale. L'ospedale integrativo della rete in particolare, soprattutto quello di minori dimensioni potrà inoltre essere sede d'erogazione di forme diverse di assistenza rispetto all'assistenza ospedaliera a ciclo continuo, quali, l'assistenza ospedaliera a ciclo diurno accanto ad una pluralità di modalità non ospedaliere quali l'assistenza residenziale, l'ambulatoriale, la pratica medica associata.

A parziale conclusione di questa disamina sulla funzione ospedaliera dedicata all'assistenza alla post-acuzie è necessaria un'ulteriore considerazione di ordine quantitativo e qualitativo circa gli standard di dotazione. La programmazione contenuta in questo provvedimento si avvicina ma non raggiunge, in termini strettamente aritmetici, lo standard di 1 posto letto per mille abitanti per riabilitazione e post-acuzie. In termini reali e sostanziali, per effetto della particolare conformazione del profilo dell'offerta socio-sanitaria del Veneto, l'erogazione di assistenza riabilitativa e post-acuzie viene effettuata da una importante rete di strutture e di servizi, presente sul territorio anche se non in modo uniforme che si estende dalle RSA di riabilitazione per arrivare, attraverso le strutture distrettuali, fino alle prestazioni erogate a domicilio in regime di ADI.

I Centri sanitari polifunzionali rappresentano un nuovo modello organizzativo dell'offerta dei servizi sanitari che troverà piena definizione nell'ambito della proposta di Piano socio sanitario regionale, quale elemento di integrazione tra la rete ospedaliera e i servizi distrettuali. I Centri sanitari polifunzionali costituiti dalla riconversione degli ospedali non più parte della rete, sono caratterizzati dalla presenza di attività distrettuali, ambulatoriali ed eventualmente residenziali svolgendo in tal senso un'attività di supporto alla rete ospedaliera. Solo nei casi espressamente previsti nelle schede di organizzazione dell'offerta ospedaliera, in relazione all'ubicazione dell'ospedale riconvertito, possono essere previsti posti letto per lo svolgimento di attività a ciclo diurno e, sempre se espressamente previsto, attività di punto di Primo intervento.

Struttura delle schede di dotazione ospedaliera

La struttura delle schede di dotazione ospedaliera è ulteriormente semplificata in conformità ai criteri di organizzazione previsti dall'art. 12 della L.R. n. 56/94 e dall'art. 14 della L.R. 5/96 e alla introduzione dell'organizzazione dipartimentale.

In particolare le schede allegate:

- definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle Aziende ULSS e delle Aziende Ospedaliere e specificano la destinazione funzionale degli ospedali;
- indicano l'ammontare massimo dei posti letto complessivi e dei p.l. per aree funzionali omogenee, le singole funzioni assistenziali incluse nell'area funzionale omogenea di degenza e nell'area dei servizi di diagnosi e cura nonché il numero massimo vincolante di unità operative complesse per area omogenea e per l'area dei servizi. Quando previste sono altresì elencate, in riferimento alla corrispondente funzione, le specifiche attività non eleggibili singolarmente a funzione.

Per quanto riguarda le attività, in particolari situazioni il direttore generale, in attuazione delle linee guida sul dipartimento ospedaliero, potrà proporre afferenze di attività a diverse funzioni, purché all'interno della corrispondente area omogenea dandone comunicazione al Consiglio Regionale - Quinta Commissione - , tramite la Giunta Regionale.

Le attività di day hospital e di day surgery per tutte le strutture ospedaliere si devono intendere all'interno dei posti letto attribuiti all'area medica, riabilitativa, chirurgica o materno

infantile indipendentemente dalla specialità e quindi utilizzabili per le specialità riconosciute. Per le strutture dotate di attività di day-surgery e di attività specialistica ambulatoriale, i posti letto di day surgery sono utilizzabili per le specialità riconosciute nell'ambito dell'attività ambulatoriale, purché specificati nelle schede di dotazione ospedaliera e preventivamente approvati in sede di rilascio del parere di congruità. In considerazione della rapida evoluzione della pratica clinica e della dovuta continuità assistenziale, con successivo provvedimento, in sintonia con i nuovi criteri di accreditamento come definiti dalla L.R. n.22/02, verranno eventualmente ridefinite le autorizzazioni all'attività ambulatoriale.

Il numero complessivo delle unità operative complesse non coincide necessariamente con le funzioni previste. Nelle Aziende Ospedaliere e comunque negli ospedali sede di attività di insegnamento e di ricerca è possibile che più apicalità inserite in uno stesso dipartimento possano simultaneamente utilizzare per specifiche finalità di insegnamento e ricerca parte dei posti letto assegnati al dipartimento stesso. Le attività previste dalle direttive contenute nelle schede, di norma, si intendono organizzate in forma di strutture semplici oppure di strutture semplici a valenza dipartimentale. In particolare queste ultime, quando caratterizzate da prevalenza dell'attività di didattica e ricerca, trovano adeguata collocazione presso le Aziende Ospedaliere.

Fino all'approvazione del nuovo Piano Socio Sanitario Regionale la funzione di Dirigenza medica è posta in staff alla Direzione sanitaria.

Per quanto riguarda l'area le terapie intensive, viene introdotta una specifica Area delle Terapie Intensive che include la dotazione dei posti letti per il trattamento intensivo e sub-intensivo di ogni Azienda sanitaria al fine di ottenere una più facile valutazione delle risorse disponibili per le situazioni di Urgenza ed Emergenza.

Il numero delle funzioni e dei posti letto per Azienda è stato individuato sulla base di esigenze epidemiologiche e assistenziali, in relazione alla complessità organizzativa dell'ospedale, tenendo conto dei dati di attività ospedaliera del 1999 e 2000. In particolare, l'ammontare delle unità operative autonome deriva dall'analisi dei bacini d'utenza locale per le funzioni di base e dalla considerazione di bacini di afferenza progressivamente più ampi per funzioni assistenziali a ricorso meno frequente e a maggiore complessità tecnologica.

Per quanto attiene all'assistenza oncologica, la Giunta Regionale del Veneto anche avvalendosi della fattispecie considerata dall'articolo 9 bis del D. Lgs. 30.12.92 n. 502, come modificato dall'art.10 del D.Lgs. 19.06.99 n. 229 e dalla L. 16.11.01 n. 405, di conversione in legge del D.lgs. 18.09.01 n. 347, promuove la costituzione di un IRCSS oncologico, con struttura policentrica prevedendo il coinvolgimento delle Aziende ospedaliere di Padova e Verona nonché di altre strutture oncologiche del Veneto tra cui quelle delle Aziende ULSS n.12 e 18.

Con successivi provvedimenti e protocolli verranno definite le modalità di integrazione in logica di rete delle unità operative che svolgono funzioni multizonali.

Per quanto riguarda le strutture trasfusionali, le schede allegate considerano anche l'assetto della rete trasfusionale del Veneto. Poiché il IV° Piano Sangue Regionale, attualmente in fase di avanzata elaborazione e di imminente approvazione dovrà prevedere, in conformità al vigente Piano Nazionale Sangue e Plasma, l'organizzazione delle strutture trasfusionali su base dipartimentale di ampiezza sovra-aziendale, l'attuale assetto viene congelato.

Le funzioni multizonali e le alte specialità sono vincolanti per le Aziende ULSS e le Aziende Ospedaliere, come pure il numero della unità operative complesse totali per area e il numero di posti letto totali ripartiti per area omogenea.

Considerata l'onerosità dei compiti correlati alla conduzione delle centrali operative provinciali del SUEM le schede prevedono che tali unità operative siano considerate a pieno titolo complesse.

La dotazione di unità operative complesse per la Psichiatria è trasferita dall'area ospedaliera all'area extraospedaliera, conservando comunque l'impiego di posti letto ospedalieri. Le équipes psichiatriche sono strutture del Dipartimento di salute mentale, così come configurato dalla DGR n. 4080/00, aventi tipologia transmurale. Le attività del SPDC e le relative risorse, umane e strumentali (così come normato dal DPR 10.11.99 - P.O. Tutela Salute Mentale nazionale – dagli accordi Conferenza Stato-Regioni sui LEA - G.U. supplemento n. 26 del 8.02.02) sono attribuite, come centro di costo, al presidio ospedaliero facente capo all'Azienda sanitaria presso cui sono collocate, costituendo parte integrante della funzione ospedaliera. Tutte le altre attività del DSM sono imputate, come centri di costo, all'area extra-ospedaliera. Il DSM in quanto struttura transmurale assicura l'attività Psichiatria di liaison intraospedaliera.

In ogni Azienda sanitaria è presente una funzione di Odontoiatria extraospedaliera, collocata di norma all'interno di un Dipartimento chirurgico, con eventuale afferenza alla Chirurgia maxillo-facciale ove presente o all'Otorinolaringoiatria. Nelle due Aziende Ospedaliere, sede di percorso formativo della Facoltà di Medicina e Chirurgia, la funzione di Odontoiatria è espletata da Unità Operative complesse.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica viene prevista una posizione di dirigenza infermieristica, collocata all'interno della funzione ospedaliera di ciascuna Azienda ULSS e all'interno dell'insieme delle strutture operative dell'Azienda Ospedaliera, intesa quale articolazione operativa del servizio infermieristico aziendale da cui dipende, che nella sua globalità, ai sensi della L.R. 56/94 è posto in staff alla Direzione sanitaria di Azienda.

Per quanto riguarda l'area psicologica, il Direttore Generale, sentito il Collegio di direzione, incarica un Dirigente psicologo in staff al Direttore sanitario, con compiti di coordinamento per la promozione della qualità degli interventi psicologici (ivi compresa l'attività formativa di Psicologia clinica), in accordo con i Responsabili delle Unità Operative interessate.

Ai sensi dell'art. 2 comma 5, della Legge 549/95, le Aziende ULSS e Aziende Ospedaliere hanno l'obbligo di avviare l'organizzazione dipartimentale da attuarsi, secondo la vigente normativa regionale.

Sia le strutture di ricovero per acuti che quelle per post-acuti devono essere organizzate in Dipartimenti, al fine di un migliore ed integrato utilizzo delle risorse nonché della valorizzazione delle professionalità.

Interventi di riorganizzazione della rete ospedaliera

Con l'avvio della predetta organizzazione, i Direttori Generali comunicheranno alla Giunta Regionale, nell'ambito del piano annuale di cui all'articolo 14 comma 6° L.R. n. 5/96, le disattivazioni delle Unità Operative complesse conseguenti allo stesso.

Le Unità Operative complesse già previste dalla programmazione regionale ed attivate, che non siano confermate dal presente provvedimento, devono essere immediatamente disattivate qualora la corrispondente apicalità risulti vacante, mentre nel caso in cui l'apicalità sia ricoperta devono essere fatte confluire in un Dipartimento strutturale ed ivi mantenute fino al verificarsi della vacanza dell'apicalità corrispondente.

Inoltre, tutte le Unità Operative complesse attivate successivamente all'approvazione del presente provvedimento devono confluire in un Dipartimento strutturale, costituito in conformità alle vigenti disposizioni.

L'integrazione in rete dei singoli presidi ospedalieri e la più netta identificazione della funzione ospedaliera rende ancora più urgente l'esigenza di completare l'attivazione dei dipartimenti ricorrendo ad essi in ogni loro forma, strutturali, funzionali e transmurali.

Resta inteso che l'attribuzione operata dal Direttore Generale dei posti letto alla singola Unità Operativa non costituisce un vincolo assoluto nell'utilizzo degli stessi per la specifica funzione, ma la dotazione predetta va considerata nell'ambito della disponibilità complessiva dell'organizzazione dipartimentale, per garantire, comunque, nella massima flessibilità d'impiego delle risorse, tutte le funzioni attribuite ai dipartimenti medesimi.

Le proposte di cui sopra saranno contenute nel piano generale attuativo di cui all'articolo 14 della L.R. 5/1996, da sottoporre al visto di congruità ai sensi del combinato disposto degli articoli 6, 3° comma L.R. 56/1994 e 39 L.R. 55/1994, entro 30 giorni dalla data di comunicazione del provvedimento definitivo della Giunta Regionale, prevedendo la completa realizzazione degli obiettivi programmatori assegnati (riduzione di posti letto, disattivazione e/o attivazione d'Unità Operative complesse, dismissione o variazione di destinazione funzionale di presidi ospedalieri).

L'adeguamento a quanto indicato dalle schede deve avvenire mediante la riduzione di posti letto per acuti e la contestuale trasformazione di posti letto per acuti in posti letto per post-acuti e in posti letto di assistenza territoriale nel minor tempo possibile e comunque entro i seguenti termini per le Aziende ULSS:

- in una quota non inferiore ad un terzo di quanto previsto entro il 30.06.2003;
- in una quota pari ad un ulteriore terzo di quanto previsto entro il 31.12.2003;
- a completo regime entro il 30.06.2004.

Data la maggiore complessità che le operazioni di trasformazione comportano per le Aziende Ospedaliere che richiedono anche la definizione dei protocolli d'intesa con l'Università e il raccordo con le Aziende ULSS di riferimento territoriale, i termini di adeguamento sono così stabiliti:

- in una quota non inferiore ad un terzo di quanto previsto entro il 31.12.2003;
- in una quota pari ad un ulteriore terzo di quanto previsto entro il 30.06.2004;
- a completo regime entro il 31.12.2004.

Si ritiene che tale tempistica sia applicabile anche all'Azienda ULSS n.10 in relazione alla complessità che comporta la definizione delle nuove modalità di gestione derivanti dal trasferimento dell'attività di una struttura privata attualmente ubicata in San Donà di Piave, presso l'Ospedale di Jesolo. In caso di non realizzazione del trasferimento, ferme restando le complessive dotazioni previste, la Giunta Regionale ridefinisce la scheda, sentita la competente Commissione Consiliare.

Proposte in deroga alla temporizzazione dell'attuazione delle indicazioni programmatiche regionali potranno essere prese in considerazione ai fini del visto di congruità unicamente se motivate da oggettive carenze strutturali e se corredate da iniziative di superamento di tali carenze ben definite in termini temporali.

In via del tutto transitoria ed unicamente in ragione d'esigenze legate ad interventi edilizi in fase d'esecuzione o in corso d'avvio, è consentito il temporaneo impiego d'ospedali riconvertiti in Centri sanitari polifunzionali o dismessi limitatamente ad attività assistenziali dirette alla post-acuzie e/o all'attività a ciclo diurno.

In ogni caso i Direttori Generali dovranno dare puntuale attuazione ai provvedimenti regionali così da contenere entro l'anno 2002 la spesa per il livello essenziale d'assistenza ospedaliera entro il 50% della spesa complessiva regionale.

L'ottemperanza alle disposizioni programmatiche regionali costituisce vincolo ai Direttori Generali ed elemento fondamentale sia ai fini della valutazione che dell'eventuale riconferma. L'urgenza di ricondurre allo standard nazionale del 46% la spesa per il livello d'assistenza ospedaliera entro il triennio di programmazione è fra le più elevate priorità della programmazione socio-sanitaria regionale.

Il citato D.L. 18.09.01 n. 347 convertito dalla L. n. 405/2001, prescrive all'art. 3 che gli esuberi di personale risultanti dalla ristrutturazione della rete ospedaliera siano prioritariamente riassorbiti:

- nell'ambito delle strutture realizzate in sede di riconversione di quelle dismesse;
- per assicurare la sostituzione del personale cessato dal servizio nell'ambito della stessa Azienda;
- per realizzare servizi medici ed infermieristici domiciliari per malati cronici e terminali.

Nelle more della determinazione delle misure a carico dei Direttori Generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico, di cui all'art. 3 comma 2 lett. c) della predetta legge, al fine di facilitare le operazioni di riconversione/dismissione delle strutture indicate quali soggette a tale processo dal presente provvedimento, le predette operazioni e la ricollocazione dell'eventuale personale in esubero da esse derivante nell'ambito dell'Azienda interessata, dovranno essere svolte dal Direttore Generale prioritariamente all'avvio delle procedure selettive finalizzate a nuove assunzioni di personale. Saranno inoltre previsti specifici incentivi per il personale coinvolto in progetti di riconversione/dismissione di strutture.

La razionalizzazione delle risorse dedicate all'assistenza ospedaliera richiede una particolare attenzione all'acquisizione e all'impiego delle grandi attrezzature elettromedicali. Per quanto riguarda gli erogatori pubblici, per i quali l'autorizzazione ad acquisire attrezzature equivale ad accreditare le prestazioni da esse prodotte, le apparecchiature che richiedono ampi bacini quale condizione d'efficienza, a titolo esemplificativo TAC-PET, PET, Acceleratori lineari e Litotrittori sono soggetti ad autorizzazione regionale, indipendentemente dalle modalità onerosa o non direttamente onerosa d'acquisizione.

Per quanto riguarda le apparecchiature RMN integrali, le richieste di autorizzazione saranno prese in considerazione solo se presentate dai Direttori Generali interessati che ne giustifichi l'economicità in termini di costo/efficacia nonché la congruenza rispetto al profilo funzionale del presidio ospedaliero presso il quale s'intende situare l'apparecchiatura. Per quanto riguarda gli erogatori privati, l'acquisizione delle prestazioni in regime di accreditamento prodotte dalle grandi attrezzature elettromedicali è subordinato sia all'effettiva necessità di acquisizione di tali prestazioni ai fini dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sia a condizioni di congruità rispetto al profilo funzionale attribuito alla struttura dalla programmazione regionale, analogamente agli erogatori pubblici.

Un ulteriore passo nel perseguimento della riqualificazione della rete ospedaliera consiste nella disattivazione completa di intere strutture o edifici ospedalieri risultando più efficace allo scopo del contenimento rispetto alla semplice riduzione diffusa dei posti letto.

Le strutture o gli edifici di ricovero, una volta dismessi, possono essere riconvertiti in strutture socio-sanitarie, nelle quali si prevede l'erogazione di attività extra-ospedaliere o distrettuali, come ad esempio: sede di distretto socio-sanitario, poliambulatorio plurispecialistico, R.S.A., Casa di riposo, Centri di Salute Mentale, Comunità alloggio, etc..

In relazione alla manovra di riqualificazione della rete ospedaliera, come sopra descritta, soprattutto con riferimento alla riconversione della destinazione funzionale di alcuni ospedali da acuti in ospedali integrativi della rete, la Giunta Regionale ha già provveduto al finanziamento di sperimentazioni di telemedicina tra ospedali e distretti socio-sanitari, specialmente per le attività di laboratorio analisi, immunotrasfusionale, di radiologia e di altre specialità.

La Giunta Regionale, in relazione ai processi di riorganizzazione delle Aziende Ospedaliere per la parte relativa alle funzioni di Geriatria, Lungodegenza e Medicina fisica e riabilitazione, provvederà a definire strutture equiparate alle strutture di cui alla tab. 4 della DGR n. 751/00 finalizzate all'accoglimento temporaneo dei pazienti anziani dimessi dai presidi ospedalieri di tali Aziende Ospedaliere e residenti nel territorio delle rispettive Aziende ULSS.

Sperimentazioni gestionali

Per quanto riguarda i progetti di sperimentazione gestionale previsti dalla DGR n.740/99 si ritiene di fornire le seguenti indicazioni.

La destinazione funzionale dell'Ospedale di Zevio, sede dal 1997 di sperimentazione gestionale per post-acuti, ex. art. 9-bis del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, conclusasi nel 2001, sarà riqualficata alla scadenza della convenzione in atto sulla base dell'esito dell'intera esperienza e vi saranno altresì mantenute le attività diurne per acuti individuate secondo criterio di differenziazione rispetto alle attività previste presso l'Ospedale di Bolvolone.

La dotazione dei posti letto relativa all'Ospedale Codivilla-Putti di Cortina è stata definita nell'ambito della DGR n. 1426/01, con la quale il progetto di sperimentazione è stato proposto all'esame della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'art. 9-bis del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, ove attualmente è nell'attesa di essere valutato.

Si propone invece la dismissione del presidio di Mezzaselva per motivazioni di natura logistica legate alla scarsa accessibilità del sito.

L'Ospedale di Malcesine potrà essere nuovamente considerato quale sede di sperimentazione gestionale solo a condizione che vi siano eventualmente collocati posti letto già compresi nella dotazione complessiva della Provincia di Verona.

Con questo documento si propongono inoltre due ulteriori sperimentazioni gestionali.

Per l'Ospedale di Motta di Livenza è prevista la definitiva riconversione in ospedale per post-acuti nell'ambito di una sperimentazione gestionale sanitaria definita in un progetto presentato con DGR n. 1142/01 alla Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'art. 9-bis del D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni, ove attualmente è nell'attesa di valutazione.

Per il presidio di Cavarzere è invece prevista la definitiva riconversione in struttura socio-sanitaria nell'ambito di un'apposita sperimentazione gestionale a carattere socio-sanitario.

Per quanto attiene all'Ospedale al Mare del Lido di Venezia, la Giunta Regionale ritiene di riservare l'eventuale proposta di una sperimentazione gestionale per la destinazione di parte della struttura ad attività sanitarie non ospedaliere.

Per quanto riguarda la Casa di cura "Chierago e Perbellini" di Verona, i posti letto vengono riconvertiti in posti letto riabilitativi per l'erogazione di attività presso l'ospedale di Marzana tramite apposito accordo con l'Azienda Ospedaliera di Verona e l'Azienda UILSS n.20 di Verona secondo le indicazioni regionali.

Erogatori autonomi di prestazioni di assistenza ospedaliera

Alle strutture erogatrici autonome di prestazioni di assistenza ospedaliera pubbliche e private (Aziende Ospedaliere, strutture private accreditate, sperimentazioni gestionali) verranno riconosciuti volumi di prestazioni comunque non superiori alla produttività attesa in base ai posti letto definiti o accreditati dalla programmazione ospedaliera sulla base della quale viene definito il budget destinato a tali strutture.

Strutture private preaccreditate

Per quanto concerne le strutture ospedaliere private accreditate, le schede contemplano le strutture private, già convenzionate, in regime di accreditamento transitorio ai sensi della vigente normativa, nell'attesa della determinazione a livello regionale dei requisiti ulteriori per l'accreditamento.

Il processo di riqualificazione della rete ospedaliera, sopra illustrato riguarda, sotto il profilo funzionale e sostanziale, come per il pubblico, anche le strutture private, rispetto alle quali, nell'attesa della normativa di accreditamento, nulla è comunque innovato rispetto alla denominazione di "Ospedale Classificato", "Presidio" e "Casa di Cura".

Considerata la limitata presenza delle strutture private nella rete ospedaliera veneta non si propongono riduzioni sostanziali della dotazione complessiva dei posti letto che viene fissata in 3.188 posti letto.

I posti letto assegnati alle strutture private s'intendono non solo preaccreditati, vale a dire abilitati all'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera in nome per conto e a carico del SSR ma da utilizzarsi effettivamente ed interamente nell'ambito degli accordi contrattuali al pari delle dotazioni ospedaliere delle strutture pubbliche. Questo in quanto la determinazione dei posti letto preaccreditati delle strutture private è definita dalla programmazione regionale in funzione dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, quindi in finalità pienamente integrativa rispetto alle dotazioni ospedaliere a gestione pubblica.

Nel corso del triennio d'applicazione di questo provvedimento anche le strutture private preaccreditate dovranno adeguarsi all'orientamento programmatico regionale che prevede la riconversione di parte dei posti letto per acuti in posti letto per post-acuti. A tal fine le strutture preaccreditate elaborano il proprio programma di riconversione conseguente alle indicazioni programmatiche regionali contenente la specificazione dei tempi di attuazione contestualmente alla proposte di attuazione dei Direttori Generali delle Aziende ULSS ed Ospedaliere relativamente alle strutture pubbliche.

Il principio generale uniforme adottato nella individuazione delle funzioni assistenziali sia pubbliche sia private è evitare duplicazioni e sovrapposizioni tra strutture così da consentire un più efficiente impiego delle risorse ed assicurare al privato una quota certa di domanda da soddisfare. Laddove siano presenti elevati ed adeguati requisiti di complessità tecnologica e di professionalità sarà possibile considerare l'individuazione di funzioni assistenziali medio-alte anche presso strutture private.

Per lo sviluppo di ulteriori attività, rispetto ai livelli essenziali di assistenza predeterminati per la popolazione del Veneto, in particolare per le strutture private accreditate maggiormente interessate dalla riorganizzazione, è definita a livello regionale una quota di posti letto da dedicare all'attività svolta per effetto dell'attrazione extraregionale pari al 5% dei posti letto preaccreditati in funzione dei livelli essenziali. In sede di espressione del parere di congruità potrà essere definita una diversa percentuale in relazione alle effettive capacità di attrazione della singola struttura, fermo restando l'ammontare complessivo regionale. In relazione alla particolare attività svolta dalle strutture che erogano prestazioni di Terapia psichiatrica e di Riabilitazione nutrizionale riconducibili a patologie psichiatriche, si ritiene che i posti letto già autorizzati siano accreditabili per l'erogazione di attività derivante dall'attrazione extraregionale nella misura di 5 posti letto presso la Casa di cura "Villa Margherita", 10 posti letto presso la Casa di cura "Park Villa Napoleon", 15 posti letto presso la Casa di cura "Parco dei Tigli", 10 posti letto presso la Casa di cura "Villa S.Chiera" e 10 posti letto presso la Casa di cura "Villa Garda".

Le schede allegate definiscono per ciascuna struttura:

- la destinazione funzionale;
- il numero di p.l. complessivi e per area funzionale omogenea;
- le funzioni assistenziali per area, nonché, laddove previsto, il pronto soccorso inserito nell'ambito della rete di emergenza territoriale.

Laddove sia previsto il pronto soccorso devono essere parimenti previsti posti letto di osservazione e di alta protezione.

Aziende Ospedaliere di Padova e Verona

Le schede delle Aziende Ospedaliere di Padova e Verona sono definite in relazione ad un accordo preliminare ai protocolli d'intesa con le Università di Padova e Verona, concertato nelle more della stipula del protocollo d'intesa, di cui all'art. 6 comma 1° del D. Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e all'art. 4 della L.R. n. 56/94. Sono in corso le consultazioni tra la Regione e le Università di Padova e di Verona ai fini della formulazione definitiva delle dotazioni contestualmente alla stipula dei suddetti protocolli.

Ambiti territoriali delle Aziende ULSS

La Giunta Regionale non ritiene di avvalersi in questa fase delle procedure di revisione degli ambiti territoriali delle Aziende ULSS, ma ne conferma la necessità al fine di completare l'ottimizzazione del sistema socio-sanitario veneto. Si dà qui comunque atto che questo provvedimento è stato elaborato considerando quale ambito programmatico l'estensione del bacino provinciale per le Aziende ULSS e l'intero ambito regionale per le Aziende Ospedaliere di Padova e Verona.

Concludendo, il relatore propone alla Giunta Regionale il seguente provvedimento per l'approvazione.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, Vice Presidente, Assessore alle Politiche Sanitarie, Avv. Fabio Gava, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi del II° comma dell'art. 33 dello Statuto, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica in ordine anche alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;

VISTO il D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni;

VISTA la L.R. n. 39/93;

VISTA la L.R. n. 55/94;

VISTA la L.R. n. 56/94;

VISTA la L.R. n. 5/96 ed in particolare l'art. 14;

VISTO l'art. 2 comma 5° della Legge 549/95;

VISTA la DGR n. 1229/98;

VISTA la DGR n. 740/99 come integrata dalla DGR n.1180/00;

VISTO il DPR 10.11.99;

VISTA la DGR n. 253/00;

VISTA la DGR n. 751/00;

VISTA la DGR n. 4080/00;

VISTA la DGR n. 4081/00;

VISTA la DGR n. 1686/01;

VISTA la DGR n. 1426/01;

VISTA la Legge 405/01;

VISTA la L.R. n. 22/02;

VISTA la DRG n. 3/CR del 1.2.2002;

VISTE le schede allegate al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante;

SENTITA la V° Commissione Consiliare che nella seduta del 23.10.2002 ha espresso parere favorevole a maggioranza con modifiche e integrazioni;

D E L I B E R A

1. di approvare e considerare parte integrante e sostanziale del presente atto quanto in premessa esposto;
2. di approvare le modifiche e le integrazioni alle schede di dotazione ospedaliera pubblica e privata di cui alla L.R. 30.8.1993, n. 39, approvate con DGR n. 740 del 19.3.1999 e successive modifiche e integrazioni, così come esposte in premessa;
3. di prendere atto che le schede allegate (allegato n. 1 e n. 2) che costituiscono parte integrante del presente provvedimento, sostituiscono le corrispondenti schede della DGR n. 740 del 19.3.1999 e successive modifiche e integrazioni;
4. di sottoporre al visto di congruità di cui al combinato disposto degli art. 6, 3° co., L.R. 56/94 e 39 L.R. 55/94, i provvedimenti dei Direttori Generali delle Aziende ULSS ed Ospedaliere di Padova e Verona di attuazione della presente deliberazione, da trasmettere alla Giunta Regionale entro 30 giorni dalla data di comunicazione della medesima;
5. di dare atto che per quanto riguarda l'area delle strutture interessate alla salute mentale, sono oggetto di questo atto esclusivamente le strutture psichiatriche che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuo o diurno;
6. di dar atto che l'area della riabilitazione extra-ospedaliera anche per la parte di Istituti e Centri ex art. 26, L. n. 833/78, è oggetto della deliberazione n. 751/2000, cui si fa rinvio;

Sottoposto a votazione, il presente provvedimento viene approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Dott. Antonio Menetto

IL PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan

DIREZIONE RAGIONERIA E TRIBUTI

Visto e assunto l'impegno di Euro. _____ sul capitolo _____

del bilancio di previsione per l'esercizio _____ al n. _____ (art. 43 della l.r. 29 novembre 2001, n. 39)

Venezia, _____
