

PARTE PRIMA

LEGGI E REGOLAMENTI

Legge regionale 2 aprile 1984, n. 13.

Piano socio-sanitario regionale, triennio 1984/1986.

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Commissario del Governo ha apposto il visto

Il Presidente della Giunta regionale
promulga

la seguente legge:

Art. 1

(Oggetto)

Il piano socio-sanitario regionale per il triennio 1984-1986 è costituito dalla presente legge, dalle norme di indirizzo e di direttiva contenute nel documento di piano allegato e dalle relative tabelle.

Il piano è formulato nel rispetto delle disposizioni contenute negli artt. 11, 55 e 56 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e in armonia con la legge regionale 2 febbraio 1979, n. 11, di approvazione del programma regionale di sviluppo.

Il piano mantiene validità fino all'approvazione di un nuovo piano ed è comunque oggetto di verifica in conseguenza all'approvazione del piano sanitario nazionale.

Art. 2

(Obiettivi)

Il piano assume i seguenti obiettivi:

- la tutela della salute fisica e psichica dei cittadini mediante il potenziamento delle attività di prevenzione e lo sviluppo dei servizi per la riabilitazione nel rispetto del principio della libera scelta da parte del cittadino del medico curante;
- il superamento degli squilibri tra domanda e offerta sanitaria tra le diverse aree del territorio regionale;
- la integrazione delle politiche di intervento tra i settori sociale e sanitario;
- il raggiungimento di una più elevata produttività del sistema socio-sanitario e una maggiore qualificazione dei servizi.

La Regione persegue gli obiettivi del presente piano attraverso la sanità pubblica e quella privata.

Art. 3

(Politiche prioritarie)

Per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'articolo precedente sono stabilite le seguenti politiche prioritarie:

- attivazione del distretto di base;
- potenziamento della rete poliambulatoriale;
- potenziamento dei servizi per l'igiene pubblica e per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro e per la veterinaria;
- ristrutturazione, razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera;

- realizzazione dei progetti obiettivo anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e socio-assistenziali di competenza degli enti locali;
- attuazione delle azioni finalizzate al risparmio e al conseguimento di un efficace controllo della spesa;
- attivazione del sistema informativo sanitario.

Art. 4

(Il sistema dei vincoli)

Sono definiti i seguenti vincoli per l'attività delle unità locali socio-sanitarie:

- non superare la quota del fondo sanitario assegnata e, all'interno di essa, rispettare la destinazione dei finanziamenti destinati alle spese di investimento e a quelle correnti; all'interno di questa ultima categoria sono altresì a destinazione vincolata i finanziamenti destinati ai progetti obiettivo, alla ricerca sanitaria finalizzata, all'educazione sanitaria e alla formazione del personale;
- procedere alle disattivazioni per chiusura o per trasformazione delle strutture del presidio ospedaliero e alle attivazioni secondo le priorità di cui al precedente articolo 3;
- fornire trimestralmente i rendiconti delle spese, il conto consuntivo secondo le modalità uniformi stabilite con decreto del Presidente della Repubblica del 14 luglio 1980, n. 595 e la relazione sanitaria annuale sullo stato di attuazione del piano e sui livelli assistenziali raggiunti, di cui al successivo articolo 6;
- predisporre il bilancio preventivo, il programma di attuazione del piano di cui al successivo art. 5 e la pianta organica;
- fornire le informazioni e i dati statistici, epidemiologici e organizzativi necessari ai sistemi informativi regionale e nazionale;
- destinare le economie di gestione al finanziamento delle azioni conseguenti alle politiche prioritarie stabilite dall'articolo precedente.

Art. 5

(Procedure per l'attuazione del piano socio-sanitario)

Le unità locali socio-sanitarie sono tenute ad adottare e a trasmettere alla Giunta regionale entro il 15 di settembre, contestualmente alla proposta di bilancio di previsione, la proposta di pianta organica e la proposta di programma di attuazione del piano socio-sanitario.

La proposta di programma di attuazione, redatto in conformità ai vincoli, alle politiche prioritarie e alle direttive del piano socio-sanitario regionale, riguarda un arco temporale di tre anni ed è articolato in stralci annuali; il programma dovrà precisare i tempi e le modalità di ristrutturazione/sviluppo dei servizi, indicare le conseguenti necessità finanziarie e la copertura della relativa spesa.

La proposta di programma di attuazione dovrà contenere:

- il programma formulato sulla scorta della quota del fondo sanitario regionale di parte corrente a destinazione indistinta attribuita a ciascuna unità locale socio-sanitaria;

- il programma relativo alle attività da realizzare dalle unità locali socio-sanitarie, finanziate con quote a destinazione vincolata;
- l'eventuale programma di sviluppo collegato alla quota del fondo sanitario regionale di parte corrente destinata a riserva;
- il programma formulato sulla scorta della quota del fondo sanitario regionale in conto capitale.

Entro il 31 ottobre la Giunta regionale esprime parere vincolante su tutti i programmi inviati entro la data prevista dal 1° comma del presente articolo e comunica all'unità locale socio-sanitaria le eventuali modifiche da apportare alla proposta di programma di attuazione, di bilancio di previsione e di pianta organica, per renderla coerente con il piano socio-sanitario regionale.

Nelle unità locali socio-sanitarie che non presentano, nel termine previsto dal 1° comma del presente articolo, la proposta di programma di attuazione, di bilancio di previsione e di pianta organica vengono esercitati i poteri sostitutivi di cui al successivo art. 13. Il programma di attuazione e il bilancio di previsione delle stesse non possono contenere programmi di sviluppo collegati alla quota del fondo regionale di parte corrente destinata a riserva.

La proposta di programma di attuazione, di bilancio di previsione e di pianta organica è definitivamente approvata dall'unità locale socio-sanitaria in conformità al parere espresso dalla Giunta regionale.

In sede di prima applicazione, le proposte di programma di attuazione, di assestamento del bilancio di previsione e di pianta organica sono trasmesse alla Giunta regionale entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e la Giunta regionale si pronuncia entro i successivi 60 giorni.

Entro gli stessi termini le unità locali socio-sanitarie trasmettono alla Giunta regionale per il parere di cui al quarto comma del presente articolo una dettagliata relazione sulla consistenza quantitativa e qualitativa dei presidi e servizi comunque operanti nell'ambito territoriale di propria competenza.

Art. 6

(Procedure per la verifica dello stato di attuazione e per l'aggiornamento del piano socio-sanitario)

Le unità locali socio-sanitarie trasmettono entro il 15 marzo di ciascun anno la relazione sanitaria sullo stato di attuazione del piano socio-sanitario e sui livelli assistenziali raggiunti con allegata la situazione degli impegni finanziari assunti in relazione alle risorse disponibili.

La Giunta regionale verificherà, anche sulla scorta delle relazioni di ciascuna unità locale socio-sanitaria, per ciascun obiettivo di piano, espresso tramite indicatori quantitativi, lo stato di attuazione del piano stesso.

La verifica dei risultati conseguiti costituisce parte integrante della relazione sanitaria annuale che la Regione predispone ai sensi dell'art. 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

La Giunta regionale, sulla base degli obiettivi fissati dal piano, della verifica dei risultati conseguiti dalle

unità locali socio-sanitarie e delle risorse finanziarie disponibili, in relazione anche a documentate proposte espresse dal programma di attuazione delle unità locali socio-sanitarie, delibera, sentita la competente commissione consiliare, modifiche e integrazioni alle previsioni contenute nelle tabelle di piano procedendo in tale modo all'aggiornamento annuale del piano stesso.

In sede di prima applicazione gli indicatori di verifica sono quelli stabiliti al capitolo 2.1. del documento di piano.

Art. 7

(Modifiche delle piante organiche delle unità locali socio-sanitarie)

I provvedimenti di modifica delle piante organiche sono sottoposti a preventiva autorizzazione da parte della Giunta regionale.

I dipendenti addetti a servizi e presidi che saranno oggetto di disattivazione o di trasformazione sono destinati ad altri servizi o presidi, preferibilmente nell'ambito della stessa unità locale socio-sanitaria, conservando lo stato giuridico ed economico e con la salvaguardia delle qualifiche professionali.

Art. 8

(Disattivazioni e attivazioni delle strutture del presidio ospedaliero)

Le unità locali socio-sanitarie procedono alla disattivazione, per chiusura o per trasformazione, delle strutture del presidio ospedaliero, individuate nella tabella 2 «Disattivazione delle strutture del presidio ospedaliero», entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Le unità locali socio-sanitarie possono essere autorizzate a effettuare attivazioni di strutture del presidio ospedaliero in base alle procedure previste al precedente art. 5, con inizio nel secondo anno di entrata in vigore della presente legge, compatibilmente con le disponibilità finanziarie, e comunque a seguito delle disattivazioni.

Nel primo anno di validità del presente piano, in relazione anche a documentate proposte espresse dal programma di attuazione delle unità locali socio-sanitarie, la Giunta regionale, sentita la competente commissione consiliare, può autorizzare l'attivazione di strutture collocate nelle unità locali socio-sanitarie dell'area esterna e in quelle collocate nelle Ulss nn. 21, 25 e 36. Le aree sono quelle previste dalla legge regionale del 2 febbraio 1979, n. 11, di approvazione del «Programma regionale di sviluppo».

Art. 9

(Volontariato)

La Regione, riconosciuto il positivo ruolo svolto dal volontariato, ne valorizza ogni potenzialità per il conseguimento dei fini istituzionali del servizio sanitario nazionale, come previsto dal 1° comma dell'articolo 45 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Le unità locali socio-sanitarie, accertata la rispondenza delle associazioni di volontariato alle finalità e agli obiettivi del presente piano, provvedono a regolare i loro rapporti con le stesse, a mezzo di apposite convenzioni, restando fermo che le attività di volontariato

non possono in nessun caso essere retribuite, salvo il rimborso delle spese direttamente sostenute dai volontari e la copertura assicurativa dei rischi specifici legati all'attività dagli stessi resa.

Art. 10

(Attribuzioni degli enti locali)

In occasione della formulazione del primo programma di attuazione, le unità locali socio-sanitarie, sulla base delle previsioni del piano socio-sanitario regionale, individuano la localizzazione dei presidi e servizi sanitari e inviano, entro cinque giorni dall'approvazione, alla provincia o alle province, nel cui territorio sono ubicati i presidi e i servizi, il documento perché sia approvato ai sensi dell'articolo 12 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per le localizzazioni di competenza, entro 30 giorni dal ricevimento.

Eventuali modifiche alla preventiva localizzazione o nuove localizzazioni saranno approvate con la stessa procedura e nei termini di approvazione del programma di attuazione.

Il sindaco del comune ove ha sede l'unità locale socio-sanitaria promuove la conferenza annuale dei sindaci dei comuni e dei presidenti delle comunità montane appartenenti all'ambito territoriale delle unità locali socio-sanitarie.

In caso di mancata convocazione da parte del sindaco vi provvede il presidente dell'unità locale socio-sanitaria.

La conferenza è tenuta a esprimere il parere in ordine al programma di attuazione del piano di cui allo art. 5.

Art. 11

(Ripartizione del fondo sanitario regionale)

Il fondo sanitario regionale di parte corrente è destinato al finanziamento:

- a) delle spese correnti delle unità locali socio-sanitarie relative al servizio sanitario nazionale, quota a destinazione indistinta;
- b) delle spese connesse al raggiungimento di progetti obiettivo e di specifici obiettivi fissati dal piano socio-sanitario regionale, a destinazione vincolata;
- c) delle spese connesse alla formazione, aggiornamento, specializzazione e riqualificazione del personale del servizio sanitario nazionale, a destinazione vincolata;
- d) delle spese connesse all'educazione sanitaria, a destinazione vincolata;
- e) delle spese connesse alla ricerca sanitaria finalizzata, a destinazione vincolata;
- f) delle spese connesse a interventi imprevisi ai sensi dell'art. 51, quarto comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e alla riserva per i programmi di sviluppo;
- g) delle spese in gestione accentrata regionale.

La ripartizione tra le unità locali socio-sanitarie del fondo sanitario regionale di parte corrente per la quota di cui alla lett. a) del precedente comma, è definita sulla base degli indicatori previsti nella tabella n. 6 «Ripartizione del fondo sanitario regionale per le spese correnti».

Il fondo sanitario regionale in conto capitale è destinato al finanziamento:

- a) delle spese relative all'ampliamento, ammodernamento, completamento, ristrutturazione e rinnovo edilizio delle strutture sanitarie;
- b) delle spese relative a nuove costruzioni di edilizia sanitaria;
- c) delle spese relative al rinnovo e al potenziamento del patrimonio tecnologico.

La ripartizione tra le unità locali socio-sanitarie del fondo sanitario regionale in conto capitale è definita negli importi indicati nella tabella n. 7 «Ripartizione del fondo sanitario regionale per le spese in conto capitale» sulla base delle previsioni del presente piano.

L'attuazione dei programmi di cui ai punti 1, 3, 4 e 5 della tabella 7 avviene con provvedimento approvato dalla Giunta regionale. Viene istituito presso il dipartimento piani e programmi un nucleo di valutazione dei costi e dei benefici dei piani di investimento in materia sanitaria. Il nucleo di valutazione è composto dal coordinatore del dipartimento della sanità e da non più di sei membri nominati dalla Giunta regionale, che abbiano particolare competenza in materia di formulazione e analisi dei piani e programmi e relativi finanziamenti, scelti tra:

- a) personale appartenente ai ruoli dei professori universitari, ordinari o associati, e dei ricercatori universitari;
- b) persone aventi specifiche esperienze professionali.

La Giunta regionale definisce le procedure e impartisce le direttive per il funzionamento del nucleo. Il nucleo di valutazione deve esprimere il proprio parere sui singoli progetti entro il termine perentorio di sessanta giorni. La Giunta regionale assume le deliberazioni di cui al presente articolo avvalendosi dei pareri espressi dal nucleo di valutazione. Non sono soggetti alla procedura di cui al presente comma gli investimenti riguardo ai quali, al momento di entrata in vigore della presente legge, siano già state esperite le procedure di appalto o comunque siano stati approvati i progetti esecutivi.

I capitali ricavati dall'alienazione o trasformazione del patrimonio non destinato all'erogazione dei servizi, nonché eventuali contributi di terzi, sono destinati a opere di realizzazione e di ammodernamento dei presidi destinati all'erogazione dei servizi nell'ambito della unità locale socio-sanitaria nella quale sono confluiti gli enti e le persone giuridiche già proprietarie dei beni costituenti il patrimonio stesso. I competenti organi dei comuni intestatari dei beni adottano, in conformità alle richieste deliberate, previa autorizzazione della Giunta regionale, dalle assemblee generali delle ulss interessate, le procedure amministrative di rispettiva competenza.

Art. 12

(Presidio veterinario multizonale)

L'art. 10 della legge regionale 31 maggio 1980, n. 77, viene sostituito dal seguente:

«Articolo 10, Il presidio veterinario multizonale.

Il presidio veterinario multizonale è composto dai seguenti servizi:

- a) il servizio di coordinamento e di verifica dei macelli pubblici e privati e dei laboratori di sezionamento e di preparazione degli alimenti di origine animale iscritti negli speciali elenchi del Ministero della sanità per la esportazione di carni e di prodotti carnei verso l'estero;
- b) il servizio di disinfezione, di disinfestazione e di derattizzazione per la profilassi e la polizia veterinaria;
- c) il servizio per la profilassi antirabbica e le relative strutture.

Il responsabile del presidio veterinario multizonale è un veterinario dirigente ex allegato 1), tabella c) del dpr 20 dicembre 1979, n. 761, fa parte dell'ufficio di direzione, di cui all'articolo 9 della legge regionale 7 marzo 1980, n. 13, dell'unità locale socio sanitaria sede del presidio e dell'organo di partecipazione e consultazione tecnica, di cui all'articolo 12 della legge regionale 7 marzo 1980, n. 13, di ciascuna unità locale socio-sanitaria compresa nel territorio di competenza del presidio».

Il primo comma dell'articolo 11 e il primo comma dell'articolo 12, della legge regionale 31 maggio 1980, n. 77 sono abrogati.

Art. 13

(Poteri sostitutivi)

Il mancato rispetto delle prescrizioni del presente piano e, in particolare, delle norme riguardanti le materie oggetto di vincolo e le disattivazioni delle strutture nel presidio ospedaliero, comporta la nomina da parte della Giunta regionale di un commissario ad acta.

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, 2 aprile 1984

Bernini

OMISSIS

- individuare le rispettive competenze mediche, chirurgiche e immunologiche dei pazienti da trapiantare e trapiantati, tendendo alla realizzazione di attività dipartimentali;
- compilare e aggiornare un registro regionale dei pazienti in lista di attesa e di quelli trapiantati, tenendo i collegamenti con il Nord Italian Transplant (N.I.T.);
- formulare i protocolli terapeutici e valutare in forma clinico-statistica i risultati;
- proporre alla giunta regionale gli aggiornamenti periodici del personale medico e infermieristico;
- assicurare la consultazione periodica delle associazioni interessate (ANED, AIDO).

I trapianti di cornea

Nel Veneto le richieste di trapianto di cornea nell'arco di un anno ammontano a circa 200.

A fronte di questa richiesta le strutture ospedaliere della regione riescono a garantire solo la metà degli interventi, svolti per il 50 per cento presso l'ospedale di Mestre, avuto riguardo anche alla mancanza di un centro di immunologia per la tipizzazione cui fare riferimento. Le richieste sempre maggiori e provenienti anche da fuori regione, impongono inoltre la costituzione di una «banca degli occhi» in grado di rispondere alle esigenze locali ed eventualmente fornire anche altre regioni in considerazione del fatto che sul piano scientifico può realizzarsi una buona conservazione della cornea per 5-8 giorni.

Per la realizzazione di questi obiettivi la regione del Veneto, nell'arco di validità del piano, è impegnata a:

- migliorare il servizio per trapianti corneali sul piano qualitativo e soprattutto quantitativo, puntando a eseguire 200 interventi l'anno;
- potenziare e attivare i seguenti centri per l'effettuazione del trapianto di cornea:

- Bassano (Vi)	U.L.S.S. n. 5
- Treviso	U.L.S.S. n. 10
- Padova	U.L.S.S. n. 21
- Verona	U.L.S.S. n. 25
- Venezia terraferma	U.L.S.S. n. 36

Altri centri autorizzati potranno essere attivati con deliberazione della giunta regionale previo parere della competente commissione consiliare;

- creare una «banca degli occhi» presso l'unità locale socio-sanitaria n. 36 (ospedale di Mestre), per la conservazione a breve termine del materiale a cui i vari centri regionali possano ricorrere in caso di necessità;
- individuare un centro di immunologia regionale qualificato per svolgere il servizio di tipizzazione;
- potenziare le attrezzature e il personale medico e non medico, ove questo si renda necessario.

Allo scopo di razionalizzare l'attività clinica dei trapianti di cornea, la regione istituisce il comitato regionale trapianti di cornea costituito da esperti in grado di fornire indirizzi programmatici alla giunta regionale.

Il comitato regionale trapianti di cornea è composto da:

- assessore regionale alla sanità o suo delegato che lo presiede;
- quattro oculisti;

- un immunologo;
- un medico legale.

I compiti specifici del comitato regionale trapianti di cornea sono i seguenti:

- proporre le modalità atte a incrementare l'attività dei trapianti di cornea sul territorio regionale;
- coordinare l'attività dei prelievi, compilare e aggiornare un registro regionale dei pazienti in lista di attesa e di quelli trapiantati;
- formulare i protocolli terapeutici e valutare in forma clinico-statistica i risultati;
- proporre alla giunta regionale gli aggiornamenti periodici del personale medico e infermieristico;
- assicurare la consultazione periodica delle associazioni interessate (AIDO).

1.3.5. Il piano sangue

Il piano sangue regionale, tenuti presenti gli strumenti legislativi vigenti, tende a razionalizzare l'organizzazione della raccolta, della distribuzione e dell'utilizzazione del sangue umano sul territorio regionale.

Il piano tiene conto delle realtà esistenti nella regione e cioè:

- presenza di associazioni di donatori volontari organizzate e potenzialità della raccolta;
- necessità regionale di sangue e sue frazioni;
- utilizzo delle eventuali eccedenze, secondo le direttive della programmazione sanitaria nazionale e regionale.

Finalità e modalità di realizzazione del piano

- utilizzazione razionale del sangue offerto;
- strutturazione tecnico-organizzativa del servizio trasfusionale;
- collegamento tra i vari servizi trasfusionali;
- incremento del numero dei donatori di sangue;
- attività didattico-scientifica nel campo dell'immunoematologia e metodologia trasfusionale;
- controllo statistico ed economico del settore trasfusionale.

Utilizzazione razionale del sangue offerto

L'organizzazione e la programmazione della raccolta del sangue deve soddisfare tutte le necessità della regione di sangue intero, di emocomponenti (concentrati eritrocitari, concentrati piastrinici, plasma normale ed emostatico, crioprecipitato ricco di fattore VIII ecc.), di derivati plasmatici (albumina, concentrati di fattori coagulativi, immunoemoglobine normali e specifiche, sieri test ecc.).

Al fine di raggiungere questi obiettivi è necessario:

- organizzare la raccolta del sangue in modo da garantire l'utilizzazione del sangue disponibile nella regione;
- utilizzare contenitori che consentano la preparazione di emocomponenti in sistema chiuso (sacche di plastica multiple);
- attuare le aferesi in relazione alle necessità terapeutiche emergenti secondo le indicazioni contenute nella scheda A allegata al presente piano sangue;

OMISSIS