

Bur n. 53 del 06/07/2012

Leggi Regionali N. 23 del 29 giugno 2012

Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012–2016.

Il Consiglio regionale ha approvato
Il Presidente della Giunta regionale
promulga

la seguente legge regionale:

Art. 1

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

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

'1 bis. Il piano socio sanitario regionale ha durata quinquennale.'

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

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

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

Art. 2

Piano socio-sanitario regionale (PSSR) 2012–2016

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

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

3. Il Piano socio-sanitario regionale 2012–2016 è attuato dai provvedimenti di attuazione nei settori dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera, del settore socio-sanitario e delle reti assistenziali, adottati dalla Giunta regionale entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e trasmessi alla competente commissione consiliare, che esprime il proprio parere entro e non oltre sessanta giorni dalla data di ricevimento, trascorsi i quali si prescinde dal parere stesso.

4. Sui provvedimenti adottati ai sensi del comma 3, la Giunta regionale acquisisce il parere della Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria di cui all'articolo 113 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112' e successive modificazioni, da esprimersi entro trenta giorni, trascorsi i quali si intende espresso favorevolmente.

5. La Giunta regionale, acquisiti i pareri di cui ai commi 3 e 4, approva i provvedimenti di attuazione di cui al comma 3 nei trenta giorni successivi.

6. La Regione assicura le necessarie risorse per garantire sul territorio regionale i livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1 del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e all'articolo 22, commi 2 e 4, della legge 8 novembre 2000, n. 328 'Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali'.

Art. 3

Norma transitoria

1. Il Piano socio-sanitario regionale ha durata e validità per il quinquennio 2012–2016. Fino all'approvazione del piano socio-sanitario regionale successivo mantengono piena validità le norme e le disposizioni del piano stesso.

2. Le disposizioni del Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996–1998 mantengono la loro efficacia sino a quando non siano approvati gli specifici provvedimenti di attuazione di cui all'articolo 2, comma 3.

Art. 4

Modifiche dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517' e abrogazione dell'articolo 116 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112'

1. Il comma 8 dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è sostituito dal seguente:

'8. Il Presidente della Giunta regionale risolve il contratto del direttore generale dichiarandone la decadenza e provvede quindi alla sua sostituzione, nei casi previsti dal decreto legislativo n. 502/1992e successive modificazioni e dalle disposizioni contenute nel presente articolo.'

2. Dopo il comma 8 dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 sono inseriti i seguenti commi:

'8 bis. L'età anagrafica del direttore generale non può essere superiore ai sessantacinque anni al momento della nomina.

8 ter. L'incarico di direttore generale ha una durata di tre anni.

8 quater. Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda.

8 quinquies. I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita.

8 sexies. La valutazione annuale di cui al comma 8 quinquies fa riferimento:

- a) alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio;
- b) al rispetto della programmazione regionale;
- c) alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende ULSS.

8 septies. Con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera a), la valutazione compete alla Giunta regionale; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera b), la valutazione compete alla competente commissione consiliare; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera c), la valutazione compete alle conferenze dei sindaci, qualora costituite ai sensi dell'articolo 5.

8 octies. La pesatura delle valutazioni viene fissata con provvedimento della Giunta regionale in modo tale che sia garantito un sostanziale equilibrio tra i vari soggetti.

8 nonies. Il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale possono assumere incarichi esterni di rappresentanza, di collaborazione, di consulenza o di gestione, esclusivamente

sulla base di una preventiva formale autorizzazione del Presidente della Giunta regionale e purché non siano di rilevanza economica.

8 decies. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, in relazione alle risorse assegnate, costituisce causa di risoluzione del contratto del direttore generale; rappresentano, altresì, ulteriori cause di risoluzione il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Giunta regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale.

8 undecies. La risoluzione del contratto del direttore generale, ai sensi del comma 8 decies, costituisce causa di risoluzione dei contratti del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

8 duodecies. Il Presidente della Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario con i poteri del direttore generale per la risoluzione di particolari complessità gestionali o per la necessità di sviluppare progettualità programatorie rilevanti, definendo nell'atto di nomina obiettivi e risorse. La gestione commissariale avrà durata di dodici mesi eventualmente rinnovabili.'.

3. È abrogato l'articolo 116 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.

Art. 5

Modifiche dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

1. I commi 1 e 2 dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 sono sostituiti dai seguenti:

'1. Il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

2. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale è nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, sentito il sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'azienda ULSS coincida con quello del comune o la rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento. Egli è un laureato, preferibilmente nelle professioni sanitarie, mediche e non, socio-sanitarie e sociali che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione con autonoma gestione di budget e di risorse umane. Il rapporto di lavoro è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata triennale. Risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati. Al direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale si applica, in quanto compatibile, la disciplina prevista dalla presente legge per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo.'.

2. L'espressione 'direttore dei servizi sociali' si intende sostituita dall'espressione 'direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale' in tutta la legislazione regionale.

Art. 6

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

1. Il comma 2 dell'articolo 23 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è sostituito dal seguente:

'2. I dipartimenti di prevenzione sono organizzati nei seguenti servizi:

- a) servizio di igiene degli alimenti e nutrizione;
- b) servizio di igiene e sanità pubblica;
- c) servizio di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- d) servizi veterinari;
- e) servizio di medicina legale per un bacino di 1.000.000 di abitanti.'.

2. Dopo il comma 4 dell'articolo 23 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è inserito il seguente:

'4 bis. Il direttore del dipartimento di prevenzione ha un incarico di durata triennale e non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda ULSS.'

Art. 7

Inserimento dell'articolo 7 bis 'Organizzazione dei settori strategici' nella legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

1. Dopo l'articolo 7 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è inserito il seguente articolo:

'Art. 7 bis

Organizzazione dei settori strategici

1. Le unità operative complesse e/o dipartimentali relative a:

- a) provveditorato;
- b) anatomia patologica;
- c) risorse umane;
- d) gestione della logistica;

vengono allocate per ambiti territoriali ottimali. La Giunta regionale definisce, con atto programmatico, sul quale esprime parere vincolante la competente commissione consiliare, le modalità attuative della riorganizzazione da attuarsi entro e non oltre il 31 dicembre 2013.'

2. Con riferimento alle unità operative complesse e/o dipartimentali inerenti il sistema informativo e l'Health Technology Assessment, l'ambito territoriale ottimale coincide con il livello regionale. La Giunta regionale definisce con proprio provvedimento, sul quale esprime parere vincolante la competente commissione consiliare, la tempistica per la relativa attuazione.

Art. 8

Definizione delle dotazioni standard e dei costi standard

1. Entro il 31 dicembre 2012 la Giunta regionale, d'intesa con la competente commissione consiliare, definisce le dotazioni standard del personale sanitario, professionale e amministrativo dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento ai bacini territoriali coincidenti con le aziende ULSS, secondo quanto previsto dal comma 4 dell'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11.

2. Entro il 30 giugno 2013 la Giunta regionale, d'intesa con la competente commissione consiliare, definisce i costi standard per le prestazioni sanitarie funzionali all'erogazione dei LEA.

3. A partire dal 2014 il riparto delle risorse da destinare alle aziende ULSS per l'erogazione dei LEA è determinato sulla base delle dotazioni e dei costi standard come definiti ai commi 1 e 2.

Art. 9

Schede di dotazione ospedaliera

1. La Giunta regionale adegua, in conformità a quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, sentita la competente commissione consiliare, che esprime parere obbligatorio e vincolante entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento, decorsi i quali si prescinde dal parere stesso, le schede di dotazione ospedaliera, di cui alla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 'Norme di attuazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412 in materia sanitaria' e successive modificazioni e all'articolo 14 della legge

regionale 3 febbraio 1996, n. 5 'Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996-1998' e successive modificazioni, alle disposizioni previste dal presente PSSR. Le schede definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle aziende ULSS, dell'Istituto oncologico veneto (IOV), delle aziende ospedaliere e delle strutture private accreditate, indicando l'ammontare dei posti letto per aree omogenee e le unità operative autonome, specificando la tipologia di struttura in unità complessa e semplice a valenza dipartimentale e il setting ordinario, diurno o ambulatoriale, intendendosi per ordinario il ricovero organizzato sulle ventiquattro ore.

2. La Giunta regionale ridefinisce la rete dei presidi di emergenza-urgenza in modo da garantire a tutti i cittadini, compresi quelli residenti nei territori lagunari, montani e a bassa densità di popolazione, un accesso in tempi garantiti a soccorsi adeguati, secondo i criteri definiti nell'allegato A, paragrafo 3.2.4.

3. La specificità della Provincia di Belluno, così come previsto dall'articolo 15 dello Statuto, nelle schede di dotazione ospedaliera di cui al comma 1 si attua riconoscendo l'organizzazione policentrica a rete ed il suo integrale finanziamento, tenendo espressamente conto dei maggiori costi da ciò derivanti.

4. È abrogato il comma 7 dell'articolo 14 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5.

5. Sono abrogate tutte le disposizioni regionali in contrasto con il presente articolo.

Art. 10

Schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie

1. La Giunta regionale approva, in conformità a quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, sentita la competente commissione consiliare, che esprime parere obbligatorio e vincolante entro novanta giorni dal ricevimento del provvedimento, decorsi i quali si prescinde dal parere stesso, contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera, al fine di rendere omogenea la prevenzione, l'assistenza e la cura nel proprio territorio e per garantire la continuità dell'assistenza e delle cure, le schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni azienda ULSS, tenendo conto dell'articolazione distrettuale, della distribuzione delle strutture sul territorio regionale nonché dell'accessibilità da parte del cittadino.

2. Le schede di dotazione territoriale contengono anche la previsione delle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie e socio-sanitarie.

3. Sono fatte salve le specificità del territorio bellunese, del polesine, delle aree montane e lagunari, delle aree a bassa densità abitativa, in conformità a quanto previsto dall'articolo 15 dello Statuto.

Art. 11

Conferimento incarichi e valutazione dei dirigenti apicali di unità operative complesse

1. Il direttore generale delle aziende ULSS, ospedaliere, ospedaliero-integrate e dell'Istituto oncologico veneto (IOV) procede al conferimento degli incarichi di dirigenti apicali di unità operativa complesse rendendo pubbliche le motivazioni professionali ed evidenziando qualità e meriti del soggetto al quale viene conferito l'incarico.

2. La Giunta regionale provvede, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, alla formulazione di uno schema-tipo di contratto di lavoro che, nel rispetto della vigente normativa, individua i seguenti criteri ai quali è obbligatorio far riferimento per la valutazione di fine incarico dei dirigenti apicali di unità operativa complesse:

- a) quantità e qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali concordati preventivamente in sede di discussione del budget;
- b) valorizzazione dei collaboratori;
- c) soddisfazione degli utenti;
- d) strategie adottate per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse.

3. L'esito positivo della valutazione di cui al comma 2 determina la conferma dell'incarico.

Art. 12

Modifiche all'articolo 115 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112' e all'articolo 6, comma 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

1. L'articolo 115 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è sostituito dal seguente:

'Art. 115

Relazione sanitaria

1. Entro il 30 giugno di ogni anno la Giunta regionale presenta al Consiglio regionale, tramite la competente commissione consiliare, la relazione sanitaria comprendente la verifica e la valutazione dell'attuazione del piano socio-sanitario regionale, dell'andamento della spesa sociale e sanitaria, dello stato sanitario della popolazione, dello stato dell'organizzazione e dell'attività dei presidi e dei servizi della Regione.

2. Gli Assessori regionali alla sanità e al sociale sono tenuti a relazionare, con cadenza semestrale, in aprile e in ottobre di ogni anno, alla competente commissione consiliare in ordine all'andamento della spesa sanitaria e sociale dell'anno in corso.'

2. Il comma 4 dell'articolo 6 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 è abrogato.

Art. 13

Modifiche all'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112'

1. Dopo il comma 5 dell'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è inserito il seguente:

'5 bis. In conformità ai principi contenuti nello Statuto, il piano di zona è anche strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con la programmazione regionale.'

2. Dopo il comma 5 bis dell'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 è inserito il seguente comma:

'5 ter. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona, ne segue l'attuazione ponendosi come snodo fondamentale tra l'azienda ULSS e la conferenza dei sindaci, qualora costituita ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e successive modificazioni.'

Art. 14

Anticipazione ammortamenti non sterilizzati in attuazione degli accordi del Tavolo Tecnico di Monitoraggio che prevede una copertura nell'arco di venticinque anni

1. Compatibilmente con le disponibilità delle risorse di bilancio, la Giunta regionale è autorizzata a concedere alle aziende sanitarie che presentino particolari difficoltà di cassa per effetto della durata del processo di ricapitalizzazione degli investimenti non sterilizzati in attuazione degli accordi del Tavolo Tecnico di Monitoraggio, una anticipazione finanziaria straordinaria necessaria a far fronte alle esigenze di pagamento dei debiti risultanti dallo stato patrimoniale delle stesse al netto dei crediti residui.

2. La Giunta regionale definisce con proprio provvedimento i criteri, le modalità di accesso e utilizzazione, nonché di restituzione dell'anticipazione di cui al comma 1 nel rispetto comunque delle disposizioni normative in materia di armonizzazione dei bilanci della pubblica amministrazione di cui al decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 'Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42' e successivi decreti attuativi.

Art. 15

Trasparenza

1. Tutte le strutture sanitarie, sociali o socio-sanitarie, persone fisiche o giuridiche, operanti nel territorio della Regione del Veneto, indipendentemente dalla forma giuridica in cui sono costituite o denominate, che siano destinatarie di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica amministrazione in base alle quali erogano dei servizi, hanno l'obbligo di rendere pubblico quanto percepito.

2. Le persone giuridiche adempiono all'obbligo di cui al comma 1 mediante la pubblicazione sui propri siti internet dei bilanci annuali, nei cinque anni successivi all'erogazione del finanziamento.

3. Le persone fisiche adempiono all'obbligo di cui al comma 1 mediante l'affissione nella sede in cui operano, negli spazi accessibili agli utenti, di un prospetto dal quale risulti quanto percepito, nei cinque anni successivi all'erogazione del finanziamento.

4. La pubblicazione deve avere, in ogni caso, le caratteristiche della completezza, della facile accessibilità da parte degli utenti ed evidenziare in maniera adeguata quanto ricevuto dalla pubblica amministrazione.

5. I soggetti che non adempiono o adempiono in modo parziale e/o difforme all'obbligo di cui ai commi 1, 2, 3 e 4, sono soggetti ad una diffida e ad una sanzione amministrativa pecuniaria compresa tra un minimo del 10 per cento e un massimo del 20 per cento di quanto percepito a titolo di finanziamento pubblico nell'ultimo anno. In caso di reiterazione, non possono più essere destinatari di pubblici finanziamenti né di convenzioni con la pubblica amministrazione.

6. L'applicazione delle sanzioni è di competenza dell'azienda ULSS nel cui territorio sono accertate le trasgressioni. Le aziende ULSS introitano i relativi proventi.

Art. 16

Forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria

1. La Giunta regionale promuove lo sviluppo di forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, in particolare per la non autosufficienza, coinvolgendo le parti sociali, i soggetti e le organizzazioni finanziarie e assicurative e altri enti e istituzioni al fine di darne un'ampia diffusione, nell'interesse della popolazione. Inoltre assicura il coordinamento e l'unitarietà della politica sanitaria e l'integrazione del servizio sanitario regionale con le prestazioni finanziate attraverso le forme integrative.

Art. 17

Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

1. La disciplina di cui all'articolo 37, commi 2, 3, 4 e 5 della legge regionale 19 febbraio 2007, n. 2 'Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007' è confermata per il triennio 2013-2015.

Art. 18

Modifica dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

1. Nel comma 3 bis dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 il termine '*novanta*' è sostituito con il termine '*sessanta*'.

Art. 19

Modifica dell'articolo 2 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 'Norme per l'istituzione ed il funzionamento dell'Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto (ARPAV)'

1. All'articolo 2 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 è aggiunto il seguente comma:

'2 bis. Ferme restando le competenze in materia ambientale regolate dalla vigente legislazione nazionale e regionale, le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e coordinamento nei confronti dell'ARPAV sono esercitate dalla Giunta regionale, per quanto riguarda gli aspetti economici, finanziari e amministrativi, in conformità alle vigenti disposizioni previste per le aziende (ULSS) e per le aziende ospedaliere, con specifico riferimento all'attuazione del piano socio-sanitario

regionale.'.

Art. 20

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno successivo alla sua pubblicazione nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

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

Venezia, 29 giugno 2012

Luca Zaia

INDICE

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

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

Art. 3 – Norma transitoria

Art. 4 – Modifiche dell'articolo 13 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517' e abrogazione dell'articolo 116 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112'

Art. 5 – Modifiche dell'articolo 16 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

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

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

Art. 8 – Definizione delle dotazioni standard e dei costi standard

Art. 9 – Schede di dotazione ospedaliera

Art. 10 – Schede di dotazione territoriale dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie

Art. 11 – Conferimento incarichi e valutazione dei dirigenti apicali di unità operative complesse

Art. 12 – Modifiche all'articolo 115 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112' e all'articolo 6, comma 4, della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge

23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

Art. 13 – Modifiche all'articolo 128 della legge regionale 13 aprile 2001, n. 11 'Conferimento di funzioni e compiti amministrativi alle autonomie locali in attuazione del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112'

Art. 14 – Anticipazione ammortamenti non sterilizzati in attuazione degli accordi del Tavolo Tecnico di Monitoraggio che prevede una copertura nell'arco di venticinque anni

Art. 15 – Trasparenza

Art. 16 – Forme integrative regionali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria

Art. 17 – Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale

Art. 18 – Modifica dell'articolo 9 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 'Norme e principi per il riordino del servizio sanitario regionale in attuazione del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 'Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421', così come modificato dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517'

Art. 19 – Modifica dell'articolo 2 della legge regionale 18 ottobre 1996, n. 32 'Norme per l'istituzione ed il funzionamento dell'Agenzia regionale per la prevenzione e protezione ambientale del Veneto (ARPAV)'

Art. 20 – Entrata in vigore

Dati informativi concernenti la legge regionale 29 giugno 2012, n. 23

Il presente elaborato ha carattere meramente informativo, per cui è sprovvisto di qualsiasi valenza vincolante o di carattere interpretativo. Pertanto, si declina ogni responsabilità conseguente a eventuali errori od omissioni.

Per comodità del lettore sono qui di seguito pubblicati:

- 1 – Procedimento di formazione
- 2 – Relazione al Consiglio regionale
- 3 – Note agli articoli
- 4 – Struttura di riferimento

1. Procedimento di formazione

- La Giunta regionale, su proposta del Presidente Luca Zaia, ha adottato il disegno di legge con deliberazione 26 luglio 2011, n. 15/ddl;
- Il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 27 luglio 2011, dove ha acquisito il n. 190 del registro dei progetti di legge;
- Il progetto di legge è stato assegnato alla Quinta commissione consiliare;
- La Quinta commissione consiliare ha espresso parere sul progetto di legge in data 5 aprile 2012;
- Il Consiglio regionale, su relazione della Quinta Commissione consiliare, consigliere Leonardo Padrin e su relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, consigliere Claudio Sinigaglia, ha esaminato e approvato il progetto di legge con deliberazione legislativa 20 giugno 2012, n. 19.

2. Relazione al Consiglio regionale

Signor Presidente, colleghi consiglieri,

a distanza di quindici anni dall'adozione del Piano socio-sanitario regionale, con legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, si ravvisa la necessità di rivedere i contenuti della programmazione in materia, nell'intento di adeguare il sistema ai cambiamenti socio-epidemiologici e, al contempo, di innovare i modelli organizzativi sulla scorta delle migliori pratiche realizzate in questi anni, perseguendo obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità.

L'analisi di contesto evidenzia, infatti, il mutare dei bisogni assistenziali e l'emergere di nuove sfide assistenziali indotte, ad esempio, dalla crescita dell'aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione e con l'aumento delle patologie cronico-degenerative collegate spesso alla disabilità.

Nel corso di questi anni sono stati, peraltro, introdotti alcuni elementi significativi che definiscono la cornice istituzionale. Il Patto per la salute 2010-2012, secondo l'intesa sottoscritta il 3 dicembre 2009 tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, ha definito le linee programmatiche e le risorse per la Sanità nel triennio, prevedendo come azione strategica l'avvio di un monitoraggio sistematico dei fattori di spesa. Nello specifico gli ambiti strategici indicati, su cui operare per qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni degli assistiti, sono:

- riorganizzazione delle reti regionali di assistenza ospedaliera;
- assistenza farmaceutica;
- governo del personale;
- qualificazione dell'assistenza specialistica;
- meccanismi di regolazione del mercato e del rapporto pubblico-privato;
- accordi sulla mobilità interregionale;
- assistenza territoriale e post acuta;
- potenziamento dei procedimenti amministrativo contabili;
- rilancio delle attività di prevenzione.

La manovra finanziaria 2010, con le disposizioni sul settore sanitario contenute nella legge n. 122/2010, di conversione del DL n. 78/2010, ha introdotto nuovi vincoli alla gestione economico finanziaria del SSR.

Inoltre, il tema del federalismo costituisce oggi uno dei capisaldi su cui riformare il sistema ed una direttrice prioritaria lungo la quale sviluppare i contenuti e le finalità della programmazione regionale. Più precisamente la legge n. 42/2009 di delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione, dispone il superamento graduale del criterio della spesa storica nei settori di competenza regionale, in particolare nella Sanità, normando il passaggio ad un sistema di finanziamento sulla base dei costi standard.

L'attuazione dei suddetti provvedimenti, che hanno un forte impatto sulla programmazione socio-sanitaria regionale, richiede, conseguentemente, l'individuazione di misure di ridefinizione dei livelli regionali di assistenza e una razionalizzazione del profilo prestazionale.

In tale contesto appare, perciò, ineludibile un'opera di adeguamento del SSSR veneto a partire dal livello programmatico.

In questa nuova fase di programmazione si è ravvisata la necessità di rafforzare ed innovare le scelte di politica sanitaria, socio-sanitaria e sociale con particolare riferimento all'integrazione socio-sanitaria, alla sostenibilità del sistema, all'innovazione tecnologica ed organizzativa e alla misurabilità e trasparenza delle azioni intraprese.

Rappresentano, dunque, scelte strategiche della programmazione regionale:

- confermare e consolidare l'integrazione socio-sanitaria, che costituisce l'elemento distintivo del SSSR veneto e che si fonda sul ruolo svolto dai Comuni e dal Distretto socio-sanitario;
- potenziare l'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una filiera dell'assistenza in grado di garantire un sistema di cure graduali;

- completare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità clinica e intensità di cura richiesta);
- assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

L'implementazione di queste strategie vuole, altresì, rappresentare la garanzia di uniformità assistenziale per tutti gli assistiti del Veneto ed il superamento di differenze territoriali ed organizzative.

L'iter per la predisposizione del disegno di legge relativo al Piano socio-sanitario regionale è iniziato, presso le strutture della Giunta regionale, con una serie di audizioni con i rappresentanti delle aziende sanitarie, con gli organismi rappresentativi dei comuni, delle comunità montane, delle province, con le OO SS maggiormente rappresentative, con rappresentanti degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, con esponenti del volontariato, del privato sociale e delle associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, al fine di aprire un confronto ed acquisire contributi utili per la predisposizione del disegno di legge.

Successivamente è stata promossa la costituzione di due Tavoli Tecnici Permanenti, l'uno con l'Università e l'altro con una rappresentanza delle aziende sanitarie, delle parti sociali, sindacali e del volontariato, definendo momenti periodici di confronto su specifiche aree tematiche. È stata inoltre ricostituita ed attivata la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

Dopo l'approvazione da parte della Giunta regionale (avvenuta in data 26 luglio 2011), l'iter del PDL n. 190 è proseguito presso la Quinta Commissione consiliare che, dopo la presentazione tenutasi in data 2 agosto 2011, ha provveduto in data 23, 24, 26 e 27 settembre 2011 a consultazioni di carattere generale, effettuate sia con il metodo tradizionale (presso la sede del Consiglio regionale), sia on line, al fine di acquisire il maggior numero possibile di interventi da parte di soggetti comunque interessati.

Successivamente la Quinta Commissione ha esaminato e discusso approfonditamente il testo del PDL n. 190, estendendone la durata temporale da triennale a quinquennale e ha inserito nell'articolato una serie di disposizioni di carattere programmatico, essenziali per meglio definire la cornice entro la quale verrà data concreta attuazione al Piano stesso.

Tra queste si ricordano:

- la definizione del bacino di riferimento delle Aziende ULSS, compreso fra i 200.000 e 300.000 abitanti, fatte salve le specificità territoriali (articolo 1, comma 3);
- l'introduzione della figura del Direttore generale della sanità e del sociale, nominato dal Consiglio regionale, su proposta del Presidente della Giunta regionale (articolo 1, comma 4);
- alcune importanti disposizioni relative ai direttori generali: la durata triennale dell'incarico; il limite di età posto a 65 anni; i criteri e la metodologia per la valutazione (articolo 4);
- l'introduzione della figura del Direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale (articolo 5);
- la durata triennale dell'incarico di Direttore del Dipartimento di Prevenzione (articolo 6);
- l'organizzazione dei settori strategici provveditorato, risorse umane e gestione della logistica per ambiti territoriali ottimali (definiti dalla Giunta regionale con atto programmatico), mentre con riferimento ai settori strategici sistema informativo e Health Technology Assessment, l'ambito territoriale ottimale coincide con il livello regionale. In entrambi i casi si prevede il parere vincolante della Quinta Commissione sui provvedimenti di Giunta (articolo 7);
- l'introduzione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie da garantire in ogni ULSS, tenendo conto sia dell'articolazione distrettuale sia della distribuzione delle strutture sul territorio regionale, da approvare contestualmente alle schede di dotazione ospedaliera (articolo 9);
- le modalità di conferimento e di valutazione dei dirigenti apicali delle strutture operative complesse dove, in particolare, si prevede che l'esito positivo della valutazione determini la conferma nell'incarico (articolo 11);
- la norma sulla "Trasparenza" che introduce l'obbligo per tutte le strutture sanitarie, sociali o socio-sanitarie, persone fisiche o giuridiche, operanti nel territorio della Regione del Veneto, indipendentemente dalla forma giuridica in cui sono costituite o denominate, che siano destinatarie di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica amministrazione, in

base alle quali erogano dei servizi, l'obbligo di rendere pubblici (mediante inserimento nei siti internet e comunque in modo facilmente accessibile), i propri bilanci annuali, per le parti inerenti il finanziamento pubblico, nei cinque anni successivi all'erogazione del finanziamento, con la previsione di sanzioni nel caso di mancato rispetto di tale disposizione, che può arrivare alla impossibilità di essere destinatari di pubblici finanziamenti o di convenzioni con la pubblica amministrazione (articolo 14).

La Quinta Commissione ha ultimato l'esame del progetto di legge nella seduta n. 66 del 5 aprile 2012 esprimendo a maggioranza (con il voto a favore di PDL e Lega Nord; l'astensione di Partito Democratico, Unione di Centro e Italia dei Valori; il voto contrario di Gruppo Misto e Federazione della Sinistra Veneta), parere favorevole in ordine alla sua approvazione da parte del Consiglio regionale.";

UDITA la relazione di minoranza della Quinta Commissione consiliare, relatore il Vicepresidente della stessa, consigliere Claudio SINIGAGLIA, nel testo che segue:

"Signor Presidente, colleghi consiglieri,

a) Un'attesa lunga 16 anni

Meglio tardi che mai! Era ora! Finalmente! Sono le espressioni liberatorie e consolatorie che hanno accompagnato l'adozione di questo Piano. Fin dall'inizio dell'attuale legislatura, come peraltro nelle due legislature precedenti, le forze politiche di opposizione hanno costantemente sollecitato la Giunta regionale e i gruppi di maggioranza a dotare il Veneto di un nuovo Piano socio-sanitario, necessario per dare ai cittadini risposte adeguate ai nuovi bisogni e garantire a tutti il diritto alla salute. L'ultimo Piano approvato dal Veneto risale al lontano 1996. Da allora sono stati approvati ben quattro Piani sanitari nazionali (1998–2000; 2003–2005; 2006–2008; 2011–2013) e due Intese tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome per addvenire a nuovi Patti sulla salute (2006–2008 e 2010–2012). Mentre la nostra Regione perseverava in una avvilita inerzia, le Regioni più avanzate del centro nord, che fino agli anni novanta copiavano dal Veneto, hanno provveduto ad aggiornare o a riscrivere la programmazione sanitaria: Emilia-Romagna (nel 2003), Piemonte (nel 2007), Toscana (nel 2008), Lombardia (nel 2010).

Ma il Veneto oramai è abituato a piazzarsi in fondo alla classifica. Dopo aver impiegato 11 anni per varare il nuovo Statuto regionale ed essere arrivato ultimo nell'approvazione di finanziaria e bilancio 2012, con l'aggravio dell'esercizio provvisorio, ora conquista un'altra "maglia nera", quella dell'approvazione di un nuovo Piano socio sanitario dopo ben 16 anni! È evidente che piuttosto di governare i processi li subiamo!

b) Le criticità del sistema

Negli stessi anni in cui non si aggiornava la programmazione, si ampliava a dismisura il "buco" nei conti della sanità veneta amministrata da Lega Nord e PDL: dopo un lungo e abile occultamento mediatico, si è scoperto che la verità era persino peggiore di quanto l'opposizione denunciava: una voragine di 1.350 milioni di euro a cui il Veneto dovrà far fronte nei prossimi 25 anni. Un'ipoteca di 40 milioni di euro all'anno che grava pesantemente sul futuro.

Ora il quadro si complica e non poco perché oltre al ripiano, dovremo far fronte a una forte riduzione di risorse: nel 2013/2014 è già previsto un minor stanziamento del SSN di 8,5 miliardi di euro, vale a dire circa 800 milioni in meno per il Veneto!

Ma ciò che sta profondamente mutando sono le sfide assistenziali che dovremo affrontare nei prossimi anni. Da un lato il problema dell'invecchiamento e della non autosufficienza che investe la nostra Regione con 10–15 anni di anticipo rispetto al resto dell'Europa e con percentuali elevatissime. Indice di vecchiaia medio ormai a 140 con alcune ULSS che hanno superato quota 185!

Dall'altro il consolidarsi di gruppi di popolazione che vivono condizioni di vita legate alla cronicità, o portatori di particolari patologie che comportano interventi assistenziali ad alto impatto di costi con l'utilizzo di strumenti diagnostici e terapeutici sempre più sofisticati, messi a disposizione dal progresso tecnologico e farmacologico.

A tutti i cittadini deve essere garantito l'accesso ai migliori servizi, a tutti la garanzia della qualità delle cure!

Per affrontare con successo queste sfide in primo luogo è necessario dare appropriatezza agli interventi e risolvere le criticità del sistema, così impietosamente descritte nel Piano da diventare un preciso atto di accusa nei confronti di chi ha governato, e non ha governato bene: perché senza programmazione è cresciuta a dismisura la disomogeneità dei servizi e delle strutture nel

Veneto, e perché ha prevalso la discrezionalità delle scelte, rispetto alla giustizia e all'equità della distribuzione delle risorse e delle risposte; nel paragrafo 1.5 dell'Allegato A infatti vengono riconosciute:

- la disomogeneità tra le Aziende ULSS, con rilevanti differenze nell'offerta (per es. la distribuzione della dotazione di posti letto per acuti e per la riabilitazione), nell'attribuzione delle risorse per i LEA (da 1.500 a 2.600 euro il divario tra le ULSS nel riparto), nella costruzione di nuovi ospedali realizzati in project financing che hanno avuto il risultato di premiare alcune aree, ma di ingessare la programmazione, di offrire alta remuneratività ai concessionari e di sottrarre imponenti risorse all'erogazione dei LEA e dei servizi per tutti;
- la progressiva crescita della mobilità passiva ospedaliera, arrivata al 7 per cento e ascrivibile non solo alle ULSS confinanti con altre Regioni, ma anche ad importanti specialità come ortopedia, oncologia, riabilitazione;
- le liste d'attesa per le prestazioni specialistiche e la diagnostica; ormai, purtroppo, dobbiamo parlare di liste d'attesa anche per l'inserimento dei disabili nei centri diurni e nelle comunità residenziali. Un diritto negato che stride con i proclami che "il sociale non è stato toccato": viene toccato, eccome!
- il ricorso inappropriato ad alcune prestazioni (per es. Pronto soccorso).

c) Il ruolo della Quinta Commissione nella stesura del piano

La proposta di Piano adottata a luglio 2011 dalla Giunta regionale è stata ampiamente rivista dalla Quinta Commissione Sanità e Sociale, che ha fatto tesoro delle osservazioni e dei suggerimenti emersi nel corso delle audizioni dei soggetti a vario titolo coinvolti, dagli enti locali alle università, dal terzo settore al sindacato, dai rappresentanti dei medici alle organizzazioni delle professioni sanitarie, sociali e socio-sanitarie. L'articolato di legge si è così arricchito, passando da un solo articolo a 15 articoli. Il lavoro della Commissione ha confermato e preservato l'impostazione strutturale del modello veneto, fondato su:

- l'integrazione socio-sanitaria;
- la classificazione della rete ospedaliera;
- la garanzia della rete di emergenza/urgenza;
- la programmazione di strutture e servizi del territorio per la continuità delle cure e dell'assistenza e per la presa in carico delle persone.

Oltre ad aver richiesto con forza una nuova programmazione socio-sanitaria, anche attraverso un apposito consiglio straordinario tenutosi a ottobre 2010, i consiglieri dei gruppi di opposizione hanno lavorato con spirito costruttivo per migliorare il nuovo Piano socio-sanitario. Infatti, il diritto fondamentale alla salute è una questione che non può essere lasciata all'appartenenza partitica e non deve essere decisa su questa base, ma ci deve vedere tutti impegnati a tradurre in servizi, e nel miglior modo possibile, gli 8,6 miliardi di euro a disposizione nel bilancio di previsione per il 2012. Le scelte devono essere compiute assicurando la massima trasparenza nell'utilizzo dei finanziamenti, e prendendo in considerazione esclusivamente il merito e le competenze per l'organizzazione dei servizi e per l'assistenza e la cura delle persone. Ci siamo impegnati per garantire questi principi, così come ci impegneremo costantemente per garantire l'integrazione socio-sanitaria e l'equità nell'accesso ai servizi, compresa l'alta tecnologia. Le scelte devono comunque essere compiute sulla base di dati oggettivi, scientifici ed epidemiologici, prendendo in considerazione in primo luogo le trasformazioni demografiche (20 per cento della popolazione oltre i 65 anni, 10 per cento oltre i 75) e l'aumento della cronicità (1,5 milioni di cittadini veneti sono esentati dal pagamento dei ticket perché affetti da patologie croniche).

Abbiamo chiesto chiarezza sulla governance; ciò che è scritto ci soddisfa solo in parte. È positiva la valutazione annuale dei direttori generali delle ULSS. La Giunta regionale valuterà il rispetto degli indirizzi di bilancio, la Quinta Commissione consiliare valuterà il rispetto della programmazione e la Conferenza dei sindaci valuterà l'organizzazione dei servizi nel territorio.

Riteniamo importante l'introduzione delle Schede di dotazione Territoriale (vera novità del Piano!) che programmeranno le strutture intermedie (ospedali di comunità, hospice, strutture per l'alzheimer e la sclerosi multipla, assistenza infermieristica domiciliare...) e i servizi del territorio. Le schede di dotazione ospedaliera e territoriale sono state concepite e devono essere utilizzate come "vasi comunicanti": per questo viene prescritta l'approvazione contestuale, "sentita la competente commissione consiliare che esprime parere obbligatorio e vincolante" (art. 9, c. 1). Se le degenze ospedaliere diventeranno più brevi, se i posti letto saranno ridotti a 3 ogni mille abitanti, la "regola aurea" dovrà essere la seguente: riduzione dei posti letto ospedalieri

solo dopo la creazione dei servizi nel territorio. Non firmeremo cambiali in bianco alla Giunta!

La definizione del direttore dei servizi sociali e delle funzioni territoriali, responsabile del piano di zona e del funzionamento dei distretti, dovrebbe garantire maggiore efficienza nell'erogazione dei servizi territoriali e attivare l'integrazione sociosanitaria; le medicine integrate di gruppo dovrebbero cambiare le modalità di lavoro dei medici di base e assicurare dalle ore 8:00 alle ore 20:00 la copertura del servizio.

Quanto mai opportuna è l'operazione trasparenza, ovvero l'obbligo di pubblicazione dei bilanci di tutti i soggetti che ricevono finanziamenti dalla Regione Veneto in ambito socio-sanitario; così come l'inclusione dei centri servizi per anziani nella filiera assistenziale del territorio: i CSA potranno contenere nuclei di strutture intermedie e diversificare le attività in accordo con l'ULSS e i Comuni (nella ormai disperata attesa della riforma delle IPAB). Giudizio positivo anche sulla regionalizzazione dell'informatizzazione e dell'acquisto dell'alta tecnologia sanitaria.

d) Le gravi carenze

Nonostante questi miglioramenti apportati dal lavoro in commissione, il piano presenta ancora molte carenze. Segnaliamo in particolare:

- 1) la discrezionalità delle linee guida: i criteri della rete ospedaliera lasciano ampia libertà di scelta nell'applicazione; c'è il rischio di accentramento nell'ospedale principale (hub) e di svuotamento della rete ospedaliera territoriale (spoke); anche la rete di emergenza/urgenza non è chiaramente definita;
- 2) la mancanza di indicazioni su quali ospedali verranno riconvertiti in strutture intermedie, ospedali di comunità o monospécialistici; le schede di dotazione ospedaliera e le schede di dotazione territoriale sono previste ma non allegate, e quindi al momento ignote;
- 3) la scarsità di indicazioni per potenziare la rete di riabilitazione, la cui insufficienza è peraltro riconosciuta dalla stessa Giunta come causa di mobilità passiva;
- 4) la carente organizzazione e progettualità sociosanitaria, delineate con superficialità e senza innovazione programmatica, soprattutto negli ambiti della disabilità, della salute mentale, dell'infanzia/famiglia/adolescenza, degli anziani e delle dipendenze;
- 5) la mancata definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS);
- 6) l'assenza di criteri per il finanziamento delle aziende ULSS e ospedaliere.

Si segnala inoltre che:

- 7) l'organizzazione dei servizi distrettuali non convince per la sovrapposizione nei ruoli del direttore del distretto, del direttore del territorio e del direttore delle unità operative trasversali (cure primarie, specialistica, cure palliative, famiglia e disabilità);
- 8) le professioni sanitarie e sociosanitarie non vengono adeguatamente valorizzate;
- 9) la durata triennale dell'incarico dei direttori generali è troppo breve e rischia di produrre "yes men"!

e) Un piano monco

In sintesi, siamo di fronte a una serie di linee guida, più che a un vero e proprio piano programmatico, perché mancano elementi fondamentali: l'indicazione su come ripartire le risorse per i vari interventi e quali saranno le scelte vere, sugli ospedali e sul territorio.

In secondo luogo, si tratta di un Piano sanitario più che socio-sanitario: infatti, nonostante le enunciazioni di principio, all'integrazione socio-sanitaria sembra attribuita una funzione "ancillare". Le risposte nel sociale sono sempre più incerte e il terzo settore, il privato sociale, i protagonisti, assieme agli enti locali, del welfare di comunità, sono disorientati e in attesa... in attesa delle rette di riferimento, dell'accordo programmatico, della definizione dei LIVEAS... e in questa attesa sconcerata vedere Marco, come tanti altri, dover manifestare per poter entrare nei Ceod, sconcerata veder l'ennesima protesta della FISH a

palazzo Ferro Fini per richiamare l'attenzione sui loro diritti: diritto alla vita indipendente, agli interventi di sollievo, alla riabilitazione... ci chiediamo: perché facciamo ricadere il peso della crisi sulle persone e famiglie più fragili e vulnerabili? In ragione di ciò, nel corso della discussione d'Aula proporremo un'organica riscrittura del paragrafo 3.5 dell'Allegato A, dedicato alle "Aree di intervento sociale e sanitario".

In terzo luogo, se è condivisibile che l'ospedale sia finalizzato alla cura delle acuzie, e di conseguenza ridotti i posti letto ospedalieri e ridefinite le loro funzioni, devono però essere individuati con chiarezza tutti i "luoghi" dedicati alla cura, poiché la cronicità, le malattie degenerative, la non autosufficienza, la disabilità riguardano una grande e crescente quantità di persone, che necessitano di una pluralità di interventi e di aiuti di natura diversa. In tale ambito occorre definire quali siano le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria ovvero quelle prestazioni che per la particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria devono essere assicurati dalle ULSS e ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza a totale carico del fondo sanitario, a prescindere dal luogo di erogazione: dalle strutture intermedie, ai centri servizi, all'hospice, dalle case di riposo alle strutture semiresidenziali e residenziali, alle altre tipologie organizzative e a domicilio.

f) Conclusioni

Possiamo concludere dicendo che il nuovo piano è, almeno per il momento, un "collage" di buone intenzioni e di contraddizioni: si ammette il problema delle liste d'attesa, ma non si prospetta alcuna soluzione per ridurle; non si investe sulla tessera sanitaria elettronica; in tutto il mondo i sistemi sanitari si stanno riorganizzando al fine di mantenere il livello di assistenza erogato nonostante la diminuzione delle risorse, e la Day Surgery è espressione di una generale tendenza alla razionalizzazione e alla riorganizzazione delle attività chirurgiche, che privilegia la primarizzazione delle cure e la deospedalizzazione. Negli USA, in Gran Bretagna e nei paesi del Nord Europa si è arrivati ad un tasso di riconversione ospedaliera vicino all'80 per cento. Quale percentuale si intende raggiungere nel Veneto? Quale obiettivo ci si pone?

Manca la programmazione per la costruzione e la manutenzione degli ospedali. Molte questioni decisive per il futuro del nostro sistema sanitario restano senza risposta. Significativa è l'affermazione contenuta nel par. 5.2 "Il finanziamento degli investimenti", dove vengono drammaticamente prefigurate "notevoli criticità alla potenzialità di finanziare investimenti futuri, destinati al rinnovamento degli impianti e delle attrezzature o a mantenere adeguato il quadro tecnologico". Siamo arrivati a questo punto? E di chi è la responsabilità?

Dopo aver utilizzato in modo spregiudicato il project-financing si sono bloccati gli investimenti. Ci chiediamo: si farà (e come) il nuovo ospedale di Padova? E sul centro protonico di Mestre qual è la posizione della Giunta e della sua maggioranza? E su Borgo Roma?

Siamo senz'altro di fronte ad una partita molto articolata, e come ogni partita si gioca su più tempi. Ora siamo al primo tempo, quello degli obiettivi, delle linee guida, della cornice organizzativa, ma la veridicità di quanto scritto si vedrà nelle schede ospedaliere e territoriali. O nella successiva possibile ridefinizione dei perimetri delle ULSS. Il non averci consentito la possibilità di conoscere le vere scelte di programmazione del territorio condiziona negativamente il nostro giudizio anche sul primo tempo dell'intera partita.

Ci preoccupa, e molto, l'aver di fronte non una linea politica, ma divergenti e contraddittorie scelte della maggioranza. Una maggioranza che vota il Piano in Commissione e viene messa in discussione dalla sua Giunta e dal suo Presidente. E che è sempre divisa! Dopo aver approvato il Piano in Giunta, il Presidente Zaia lo smentisce (quante ULSS? 1, 7, 15 o 22?); dopo aver approvato il Piano in Commissione parte della maggioranza ci ripensa. Possibile? Il Veneto vuole un governo, un percorso chiaro, un PSSR logico e coerente, strutturalmente coerente.

Ci batteremo soprattutto per questo. Non si scherza, non si fa demagogia con la salute della gente."

3. Note agli articoli

Nota all'articolo 1

– Il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 6 – Strumenti della programmazione socio sanitaria.

1. La programmazione socio-sanitaria regionale si realizza con il piano socio-sanitario regionale approvato dal Consiglio regionale.

1 bis. Il piano socio sanitario regionale ha durata quinquennale.

2. Il piano socio-sanitario regionale:

a) definisce gli obiettivi del processo di programmazione regionale e gli standards dei servizi garantendo equità di accesso e di trattamento dei cittadini sul territorio regionale;

b) si articola in programmi di intervento di area specifica a tutela della salute ed in piani settoriali che attuano gli obiettivi previsti dal piano socio-sanitario regionale per periodi non superiori al *quinquennio*.

3. Sono strumenti attuativi della programmazione socio-sanitaria approvati dalle Unità locali socio-sanitarie e dalle aziende ospedaliere e sottoposti a parere di congruità di cui alla legge di contabilità delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere:

a) i piani generali triennali delle Unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, nonché i loro aggiornamenti annuali;

b) i singoli programmi d'intervento e i piani settoriali.

4. *(abrogato)*."

Note all'articolo 2

– Il testo dell'art. 55 della legge n. 833/1978 è il seguente:

"55. Piani sanitari regionali.

Le regioni provvedono all'attuazione del servizio sanitario nazionale in base ai piani sanitari triennali, coincidenti con il triennio del piano sanitario nazionale, finalizzati alla eliminazione degli squilibri esistenti nei servizi e nelle prestazioni nel territorio regionale.

I piani sanitari triennali delle regioni, che devono uniformarsi ai contenuti ed agli indirizzi del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53 e riferirsi agli obiettivi del programma regionale di sviluppo, sono predisposti dalla giunta regionale, secondo la procedura prevista nei rispettivi statuti per quanto attiene alla consultazione degli enti locali e delle altre istituzioni ed organizzazioni interessate. I piani sanitari triennali delle regioni sono approvati con legge regionale almeno 120 giorni prima della scadenza di ogni triennio.

Ai contenuti ed agli indirizzi del piano regionale debbono uniformarsi gli atti e provvedimenti emanati dalle regioni."

– Il testo dell'art. 2 della legge regionale n. 56/1994 è il seguente:

"Art. 2 – Compiti della Regione.

1. La Regione svolge funzioni di programmazione, indirizzo, controllo nonché di coordinamento nei confronti delle Unità locali socio-sanitarie e delle Aziende ospedaliere.

2. La Regione disciplina le modalità dei rapporti fra Unità locali socio-sanitarie, Aziende ospedaliere, istituzioni sanitarie a gestione pubblica e privata e professionisti convenzionati, attraverso gli strumenti ed i vincoli della programmazione regionale. Tali rapporti sono fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulle modalità di pagamento a prestazione e sul sistema di verifica e revisione di qualità.

3. La Giunta regionale vigila sul rispetto delle disposizioni impartite in materia di requisiti minimi e di classificazione delle strutture erogatrici, sul grado di soddisfacimento dei diritti dei cittadini e verifica il raggiungimento dei risultati quantitativi e qualitativi prefissati dal piano socio-sanitario regionale.

4. La Giunta regionale, avvalendosi delle unità locali socio-sanitarie e delle aziende ospedaliere, sentiti gli organismi rappresentativi dei comuni, delle comunità montane, delle province, le università, le organizzazioni maggiormente

rappresentative delle forze sociali e degli operatori sanitari, le sezioni provinciali della federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, gli organismi di volontariato, il privato sociale e le associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini, adotta il piano socio sanitario regionale e lo trasmette al Consiglio regionale per l'approvazione.

5. (*omissis*)".

– Per il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 56/1994 vedi nota all'articolo 1.

– Il testo dell'art. 113 della legge regionale n. 11/2001 è il seguente:

"Art. 113 – Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria.

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

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

a) sulla proposta di piano socio sanitario regionale;

b) sulle proposte di atti di rilievo regionale riguardanti l'alta integrazione socio sanitaria;

c) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis comma 7 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ULSS;

d) sugli schemi di disegno di legge e di regolamento in materia sanitaria, nonché sulle proposte di legge regionale di natura programmatica individuate dalla competente commissione consiliare. Il parere sulle proposte di legge, non vincolante, viene espresso entro il termine di quarantacinque giorni dal ricevimento, trascorso il quale si prescinde dal parere stesso; (104)

e) sui provvedimenti regionali laddove sia previsto dall'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni relativamente alle aziende ospedaliere.

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

a) gli standard qualitativi delle prestazioni sociali e sanitarie;

b) i servizi essenziali da garantire alle persone;

c) la pari opportunità di prevenzione, cura, riabilitazione e assistenza per tutte le persone residenti nel suo territorio;

d) la definizione, per territori alpini o disagiati, di parametri speciali necessari a compensare condizioni di disagio oggettive;

e) la determinazione delle risorse da impegnare per garantire quanto stabilito nella programmazione;

f) la periodica azione di monitoraggio e di controllo sul raggiungimento degli obiettivi programmati.

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

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

6. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria elegge al suo interno il proprio Presidente. Essa ha la seguente composizione:

a) i presidenti delle Conferenze dei sindaci;

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

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

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

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

10. La Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio sanitaria si insedia entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge e, organizza i propri lavori nel rispetto delle finalità e dei compiti previsti dal presente articolo."

– Il testo dell'art. 1 del decreto legislativo n. 502/1992 è il seguente:

"1. Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.

3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

4. Le regioni, singolarmente o attraverso strumenti di autoordinamento, elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale, con riferimento alle esigenze del livello territoriale considerato e alle funzioni interregionali da assicurare prioritariamente, anche sulla base delle indicazioni del Piano vigente e dei livelli essenziali di assistenza individuati in esso o negli atti che ne costituiscono attuazione. Le regioni trasmettono al Ministro della sanità, entro il 31 marzo di ogni anno, la relazione annuale sullo stato di attuazione del piano sanitario regionale, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo.

5. Il Governo, su proposta del Ministro della sanità, sentite le commissioni parlamentari competenti per la materia, le quali si esprimono entro trenta giorni dalla data di trasmissione dell'atto, nonché le confederazioni sindacali maggiormente rappresentative, le quali rendono il parere entro venti giorni, predispone il Piano sanitario nazionale, tenendo conto delle proposte trasmesse dalle regioni entro il 31 luglio dell'ultimo anno di vigenza del piano precedente, nel rispetto di quanto stabilito dal comma 4. Il Governo, ove si discosti dal parere delle commissioni parlamentari, è tenuto a motivare. Il piano è adottato ai sensi dell'articolo 1 della legge 12 gennaio 1991, n. 13, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

6. I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, per il 1998–2000:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
- b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza.

8. Le prestazioni innovative per le quali non sono disponibili sufficienti e definitive evidenze scientifiche di efficacia possono essere erogate in strutture sanitarie accreditate dal Servizio sanitario nazionale esclusivamente nell'ambito di appositi programmi di sperimentazione autorizzati dal Ministero della sanità.

9. Il Piano sanitario nazionale ha durata triennale ed è adottato dal Governo entro il 30 novembre dell'ultimo anno di vigenza del Piano precedente. Il Piano sanitario nazionale può essere modificato nel corso del triennio con la procedura di cui al comma 5.

10. Il Piano sanitario nazionale indica:

- a) le aree prioritarie di intervento, anche ai fini di una progressiva riduzione delle disuguaglianze sociali e territoriali nei confronti della salute;
- b) i livelli essenziali di assistenza sanitaria da assicurare per il triennio di validità del Piano;
- c) la quota capitaria di finanziamento per ciascun anno di validità del Piano e la sua disaggregazione per livelli di assistenza;
- d) gli indirizzi finalizzati a orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, anche attraverso la realizzazione di progetti di interesse sovra regionale;
- e) i progetti-obiettivo, da realizzare anche mediante l'integrazione funzionale e operativa dei servizi sanitari e dei servizi socio-assistenziali degli enti locali;
- f) le finalità generali e i settori principali della ricerca biomedica e sanitaria, prevedendo altresì il relativo programma di ricerca;
- g) le esigenze relative alla formazione di base e gli indirizzi relativi alla formazione continua del personale, nonché al fabbisogno e alla valorizzazione delle risorse umane;
- h) le linee guida e i relativi percorsi diagnostico-terapeutici allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza;
- i) i criteri e gli indicatori per la verifica dei livelli di assistenza assicurati in rapporto a quelli previsti.

11. I progetti obiettivo previsti dal Piano sanitario nazionale sono adottati dal Ministro della sanità con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica e con gli altri Ministri competenti per materia, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

12. La Relazione sullo stato sanitario del Paese, predisposta annualmente dal Ministro della sanità:

- a) illustra le condizioni di salute della popolazione presente sul territorio nazionale;
- b) descrive le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario nazionale;
- c) espone i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi fissati dal Piano sanitario nazionale;
- d) riferisce sui risultati conseguiti dalle regioni in riferimento all'attuazione dei piani sanitari regionali;
- e) fornisce indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi.

13. Il piano sanitario regionale rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale. Le regioni, entro centocinquanta giorni dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale, adottano o adeguano i Piani sanitari regionali, prevedendo forme di partecipazione delle autonomie locali, ai sensi dell'articolo 2, comma 2-bis, nonché delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nel campo dell'assistenza sociale e sanitaria, delle organizzazioni sindacali degli operatori sanitari pubblici e privati e delle strutture private accreditate dal Servizio sanitario nazionale.

14. Le regioni e le province autonome trasmettono al Ministro della sanità i relativi schemi o progetti di piani sanitari allo scopo di acquisire il parere dello stesso per quanto attiene alla coerenza dei medesimi con gli indirizzi del Piano sanitario nazionale. Il Ministro della sanità esprime il parere entro 30 giorni dalla data di trasmissione dell'atto, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali.

15. Il Ministro della sanità, avvalendosi dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, promuove forme di collaborazione e linee guida comuni in funzione dell'applicazione coordinata del Piano sanitario nazionale e della normativa di settore, salva l'autonoma determinazione regionale in ordine al loro recepimento.

16. La mancanza del Piano sanitario regionale non comporta l'inapplicabilità delle disposizioni del Piano sanitario nazionale.

17. Trascorso un anno dalla data di entrata in vigore del Piano sanitario nazionale senza che la regione abbia adottato il Piano sanitario regionale, alla regione non è consentito l'accreditamento di nuove strutture. Il Ministro della sanità, sentita la regione interessata, fissa un termine non inferiore a tre mesi per provvedervi. Decorso inutilmente tale termine, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, adotta gli atti necessari per dare attuazione nella regione al Piano sanitario nazionale, anche mediante la nomina di commissari ad acta.

18. Le istituzioni e gli organismi a scopo non lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico-culturale dei servizi alla persona. Esclusivamente ai fini del presente decreto sono da considerarsi a scopo non lucrativo le istituzioni che svolgono attività nel settore dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, qualora ottemperino a quanto previsto dalle disposizioni di cui all'articolo 10, comma 1, lettere d), e), f), g), e h), e comma 6 del decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460; resta fermo quanto disposto dall'articolo 10, comma 7, del medesimo decreto. L'attribuzione della predetta qualifica non comporta il godimento dei benefici fiscali previsti in favore delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale dal decreto legislativo 4 dicembre 1997, n. 460. Le attività e le funzioni assistenziali delle strutture equiparate di cui al citato articolo 4, comma 12, con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, sono esercitate esclusivamente nei limiti di quanto stabilito negli specifici accordi di cui all'articolo 8-quinquies."

– Il testo dell'art. 22 della legge n. 328/2000 è il seguente:

"22. Definizione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

1. Il sistema integrato di interventi e servizi sociali si realizza mediante politiche e prestazioni coordinate nei diversi settori della vita sociale, integrando servizi alla persona e al nucleo familiare con eventuali misure economiche, e la definizione di percorsi attivi volti ad ottimizzare l'efficacia delle risorse, impedire sovrapposizioni di competenze e settorializzazione delle risposte.

2. Ferme restando le competenze del Servizio sanitario nazionale in materia di prevenzione, cura e riabilitazione, nonché le disposizioni in materia di integrazione socio-sanitaria di cui al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, gli interventi di seguito indicati costituiscono il livello essenziale delle prestazioni sociali erogabili sotto forma di beni e servizi secondo le caratteristiche ed i requisiti fissati dalla pianificazione nazionale, regionale e zonale, nei limiti delle risorse del Fondo nazionale per le politiche sociali, tenuto conto delle risorse ordinarie già destinate dagli enti locali alla spesa sociale:

- a) misure di contrasto della povertà e di sostegno al reddito e servizi di accompagnamento, con particolare riferimento alle persone senza fissa dimora;
- b) misure economiche per favorire la vita autonoma e la permanenza a domicilio di persone totalmente dipendenti o incapaci di compiere gli atti propri della vita quotidiana;
- c) interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza;
- d) misure per il sostegno delle responsabilità familiari, ai sensi dell'articolo 16, per favorire l'armonizzazione del tempo di lavoro e di cura familiare;
- e) misure di sostegno alle donne in difficoltà per assicurare i benefici disposti dal regio decreto-legge 8 maggio 1927, n. 798, convertito dalla legge 6 dicembre 1928, n. 2838, e dalla legge 10 dicembre 1925, n. 2277, e loro successive modificazioni, integrazioni e norme attuative;
- f) interventi per la piena integrazione delle persone disabili ai sensi dell'articolo 14; realizzazione, per i soggetti di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, dei centri socio-riabilitativi e delle comunità-alloggio di cui all'articolo 10 della citata legge n. 104 del 1992, e dei servizi di comunità e di accoglienza per quelli privi di sostegno familiare, nonché erogazione delle prestazioni di sostituzione temporanea delle famiglie;
- g) interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonché per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;
- h) prestazioni integrate di tipo socio-educativo per contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, favorendo interventi di natura preventiva, di recupero e reinserimento sociale;
- i) informazione e consulenza alle persone e alle famiglie per favorire la fruizione dei servizi e per promuovere iniziative di auto-aiuto.

3. Gli interventi del sistema integrato di interventi e servizi sociali di cui al comma 2, lettera c), sono realizzati, in particolare, secondo le finalità delle L. 4 maggio 1983, n. 184, L. 27 maggio 1991, n. 176, L. 15 febbraio 1996, n. 66, L. 28 agosto 1997, n. 285, L. 23 dicembre 1997, n. 451, L. 3 agosto 1998, n. 296, L. 31 dicembre 1998, n. 476, del testo unico di cui al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, e delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni, approvate con decreto del Presidente della Repubblica 22 settembre 1988, n. 448, nonché della legge 5 febbraio 1992, n. 104, per i minori disabili. Ai fini di cui all'articolo 11 e per favorire la deistituzionalizzazione, i servizi e le strutture a ciclo residenziale destinati all'accoglienza dei minori devono essere organizzati esclusivamente nella forma di strutture comunitarie di tipo familiare.

4. In relazione a quanto indicato al comma 2, le leggi regionali, secondo i modelli organizzativi adottati, prevedono per ogni ambito territoriale di cui all'articolo 8, comma 3, lettera a), tenendo conto anche delle diverse esigenze delle aree urbane e rurali, comunque l'erogazione delle seguenti prestazioni:

- a) servizio sociale professionale e segretariato sociale per informazione e consulenza al singolo e ai nuclei familiari;
- b) servizio di pronto intervento sociale per le situazioni di emergenza personali e familiari;
- c) assistenza domiciliare;
- d) strutture residenziali e semiresidenziali per soggetti con fragilità sociali;

e) centri di accoglienza residenziali o diurni a carattere comunitario."

Note all'articolo 4

– Il testo dell'art. 13 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 13 – Direttore generale dell'Unità locale socio-sanitaria e dell'Azienda ospedaliera.

1. Il direttore generale è nominato con decreto del Presidente della Regione.
2. Il direttore generale dell'Azienda ospedaliera nella quale insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia è nominato d'intesa con il rettore della rispettiva università.
3. Al direttore generale spettano tutte le funzioni di gestione complessiva e la rappresentanza generale della stessa. E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnatigli dalla Giunta regionale nonché della corretta ed economica gestione delle risorse a disposizione dell'azienda.
4. Al direttore generale spetta la valorizzazione e la più efficace gestione delle risorse umane. A tal fine promuove le azioni formative più opportune, si dota delle strutture necessarie, nomina e con provvedimento motivato revoca il dirigente del personale.
5. Il direttore generale per il raggiungimento degli obiettivi di cui al comma 3 si avvale dell'unità controllo di gestione.
6. Il direttore generale nomina, e con provvedimento motivato può sospendere o dichiarare decaduto, il direttore sanitario, il direttore amministrativo ed il direttore dei servizi sociali.
7. Il direttore generale, fatta salva la normativa vigente, affida, e con provvedimento motivato revoca, la direzione delle strutture del distretto, del dipartimento di prevenzione, dell'ospedale nonché delle unità operative.
8. *Il Presidente della Giunta regionale risolve il contratto del direttore generale dichiarandone la decadenza e provvede quindi alla sua sostituzione, nei casi previsti dal decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni e dalle disposizioni contenute nel presente articolo."*

8 bis. L'età anagrafica del direttore generale non può essere superiore ai sessantacinque anni al momento della nomina.

8 ter. L'incarico di direttore generale ha una durata di tre anni.

8 quater. Il direttore generale non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda.

8 quinquies. I direttori generali sono soggetti a valutazione annuale, con riferimento agli obiettivi loro assegnati dalla Giunta regionale ed in relazione all'azienda specificamente gestita.

8 sexies. La valutazione annuale di cui al comma 8 quinquies fa riferimento:

- a) *alla garanzia dei livelli essenziali di assistenza nel rispetto dei vincoli di bilancio;*
- b) *al rispetto della programmazione regionale;*
- c) *alla qualità ed efficacia dell'organizzazione dei servizi socio-sanitari sul territorio delle aziende ULSS.*

8 septies. Con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera a), la valutazione compete alla Giunta regionale; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera b), la valutazione compete alla competente commissione consiliare; con riferimento a quanto previsto al comma 8 sexies, lettera c), la valutazione compete alle conferenze dei sindaci, qualora costituite ai sensi dell'articolo 5.

8 octies. La pesatura delle valutazioni viene fissata con provvedimento della Giunta regionale in modo tale che sia garantito un sostanziale equilibrio tra i vari soggetti.

8 nonies. Il direttore generale, il direttore sanitario, il direttore amministrativo e il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale possono assumere incarichi esterni di rappresentanza, di collaborazione, di consulenza o di gestione, esclusivamente sulla base di una preventiva formale autorizzazione del Presidente della Giunta regionale e purché non siano di rilevanza economica.

8 decies. Il mancato raggiungimento dell'equilibrio economico di bilancio, in relazione alle risorse assegnate, costituisce causa di risoluzione del contratto del direttore generale; rappresentano, altresì, ulteriori cause di risoluzione il mancato rispetto delle direttive vincolanti emanate dalla Giunta regionale e la mancata realizzazione degli obiettivi contenuti negli atti di programmazione regionale.

8 undecies. La risoluzione del contratto del direttore generale, ai sensi del comma 8 decies, costituisce causa di risoluzione dei contratti del direttore amministrativo, del direttore sanitario e del direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.

8 duodecies. Il Presidente della Giunta regionale può procedere alla nomina di un commissario con i poteri del direttore generale per la risoluzione di particolari complessità gestionali o per la necessità di sviluppare progettualità programmatiche rilevanti, definendo nell'atto di nomina obiettivi e risorse. La gestione commissariale avrà durata di dodici mesi eventualmente rinnovabili."

Nota all'articolo 5

– Il testo dell'art. 16 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 16 – Direttore dei servizi sociali.

1. *Il coordinatore dei servizi sociali assume la denominazione di direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale.*
2. *Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale è nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, sentito il sindaco, qualora l'ambito territoriale dell'azienda ULSS coincida con quello del comune o la rappresentanza della conferenza dei sindaci o dei presidenti delle circoscrizioni territoriali di riferimento. Egli è un laureato, preferibilmente nelle professioni sanitarie, mediche e non, socio-sanitarie e sociali che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione con autonoma gestione di budget e di risorse umane. Il rapporto di lavoro è a tempo pieno, regolato da contratto di diritto privato di durata triennale. Risponde al direttore generale del raggiungimento degli obiettivi e della gestione delle risorse assegnati. Al direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale si applica, in quanto compatibile, la disciplina prevista dalla presente legge per il direttore sanitario e per il direttore amministrativo.*
3. *Il direttore dei servizi sociali coadiuva il direttore generale nella gestione dell'Unità locale socio-sanitaria, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza, svolge attività di direzione e coordinamento nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Unità locale socio-sanitaria, con riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari e dei programmi di intervento di area specifica a tutela della salute avvalendosi dei referenti di cui all'articolo 17. Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'azienda ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni."*

Nota all'articolo 6

1. Il testo dell'art. 23 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 23 – Dipartimento di prevenzione.

1. *Il dipartimento di prevenzione è la struttura tecnico-funzionale dell'Unità locale socio-sanitaria preposta alla promozione, nel territorio di competenza, della tutela della salute della popolazione.*
2. *I dipartimenti di prevenzione sono organizzati nei seguenti servizi:*
 - a) *servizio di igiene degli alimenti e nutrizione;*
 - b) *servizio di igiene e sanità pubblica;*

- c) *servizio di prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;*
- d) *servizi veterinari;*
- e) *servizio di medicina legale per un bacino di 1.000.000 di abitanti.*

3. Le funzioni amministrative in materia di igiene e sanità pubblica e veterinaria, già disciplinate dalle leggi regionali 31 maggio 1980, n. 78, e 31 maggio 1980, n. 77, 30 novembre 1982, n. 54 e successive modifiche ed integrazioni, sono trasferite ai servizi del dipartimento di prevenzione.

4. Al dipartimento di prevenzione è preposto un responsabile, nominato dal direttore generale con provvedimento motivato, su proposta del direttore sanitario e scelto fra il personale dell'Unità locale socio-sanitaria avente qualifica dirigenziale, preferibilmente fra i responsabili dei servizi di cui al comma 2. In quest'ultima ipotesi il responsabile del dipartimento di prevenzione di norma non può conservare la direzione del proprio servizio.

4 bis. Il direttore del dipartimento di prevenzione ha un incarico di durata triennale e non può effettuare più di due mandati consecutivi nella stessa azienda ULSS.

5. Il responsabile del dipartimento di prevenzione sovrintende all'assetto organizzativo complessivo della struttura, integrando obiettivi, azioni, risorse, professionalità e strategie attuative dei diversi servizi con un'azione di pianificazione, coordinamento e controllo. In particolare al responsabile del dipartimento di prevenzione spetta:

- a) il coordinamento dei progetti finalizzati del dipartimento;
 - b) il coordinamento con l'Agenzia regionale per l'ambiente di cui al decreto legge 4 dicembre 1993, n. 496 convertito con modificazioni dalla legge 21 gennaio 1994, n. 61, e le sue articolazioni territoriali;
 - c) la gestione del budget e l'assegnazione delle quote ai servizi secondo modalità definite dalle direttive di cui alla lettera d) del comma 1 dell'articolo 31;
 - d) l'attuazione di eventuali misure di riequilibrio in ordine al fabbisogno di risorse umane dei vari servizi e la direzione del personale assegnato agli uffici di staff del dipartimento;
 - e) la supervisione sulle attività inerenti i flussi informativi del dipartimento e dei servizi, la diffusione degli standards di qualità dei servizi e il loro controllo;
6. Il piano socio-sanitario regionale individua i dipartimenti di prevenzione che svolgono funzioni multizonali da attuare attraverso accordi e programmi concordati dai direttori generali delle Unità locali socio-sanitarie interessate."

Nota all'articolo 12

– Per il testo dell'art. 6 della legge regionale n. 56/1994 vedi nota all'articolo 1.

Nota all'articolo 13

– Il testo dell'art. 128 della legge regionale n. 11/2001, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 128 – Programmazione dei servizi sociali.

1. Ferme restando le funzioni che attengono ad esigenze di carattere unitario, e nel rispetto del principio di sussidiarietà di cui all'articolo 4 della legge n. 59/1997 e, delle disposizioni di cui alla legge n. 328/2000, la Regione provvede alla programmazione dei servizi sociali attraverso i comuni, le province, le ULSS e con la partecipazione degli altri enti pubblici e dei soggetti di cui al comma 5 dell'articolo 1 della medesima legge n. 328/2000.

2. Con legge regionale, ai sensi del decreto legislativo n. 267/2000, sono indicati i principi della cooperazione dei comuni e delle province tra loro e la Regione, gli obiettivi generali della programmazione, le forme e i modi di partecipazione alla formazione dei piani e programmi regionali, e sono indicati i criteri e fissate le procedure per gli atti e gli strumenti della programmazione dei comuni e delle province rilevanti ai fini dei programmi regionali.

3. I comuni e le province svolgono i propri compiti di progettazione, realizzazione e gestione della rete dei servizi sociali in recepimento del principio di sussidiarietà e in armonia con la programmazione regionale che persegue l'obiettivo dell'integrazione sociosanitaria assicurata nel territorio dalle ULSS.

4. La dimensione territoriale ottimale di esercizio dei servizi, per rispondere alle esigenze di omogeneità di erogazione degli stessi e di contenimento della frammentazione locale e per favorire la programmazione degli interventi, il miglior utilizzo delle risorse, nonché l'integrazione sociosanitaria, è individuata nel territorio di competenza di ciascuna ULSS. Laddove sussistano specifiche esigenze territoriali o emergenze sociali, la Conferenza dei sindaci in armonia con l'articolazione in distretti delle ULSS, individua con riferimento al piano di zona particolari modalità di attuazione della rete dei servizi e di erogazione delle relative prestazioni.

5. Il piano di zona, di cui all'articolo 8 della legge regionale n. 56/1994 e agli articoli 4 e 5 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5, nonché previsto dall'articolo 19 della legge n. 328/2000, è lo strumento primario di attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione sociosanitaria.

5 bis. In conformità ai principi contenuti nello Statuto, il piano di zona è anche strumento di programmazione delle politiche sociali e socio-sanitarie definite a livello locale in coerenza con la programmazione regionale."

5 ter. Il direttore dei servizi sociali e della funzione territoriale fornisce il supporto per l'elaborazione del piano di zona, ne segue l'attuazione ponendosi come snodo fondamentale tra l'azienda ULSS e la conferenza dei sindaci, qualora costituita ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 14 settembre 1994, n. 56 e successive modificazioni."

6. Le forme associative e di cooperazione di cui al decreto legislativo n. 267/2000 sono utilizzate dai soggetti interessati in armonia con la programmazione del piano di zona, al fine di conseguire un uniforme livello qualitativo dei servizi sociali e di integrazione socio-sanitaria e di realizzare un miglior coordinamento degli interventi nel territorio.

7. La Giunta regionale individua le procedure e fissa i termini per la presentazione agli uffici regionali del piano di zona da parte della Conferenza dei sindaci ed in caso di mancata elaborazione, approvazione e presentazione nei termini stabiliti, trascorsi inutilmente i predetti termini, la Giunta regionale interviene nominando in via sostitutiva un commissario ad acta per la realizzazione di tali adempimenti.

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

9. La realizzazione, il potenziamento, l'adattamento e la trasformazione di strutture per lo svolgimento di servizi sociali sono subordinate a preventiva autorizzazione. Tali autorizzazioni sono rilasciate dal sindaco del comune territorialmente competente previa acquisizione del provvedimento rilasciato dalla struttura regionale attestante la compatibilità del progetto con la programmazione regionale.

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

11. Nella formulazione degli atti di programmazione regionale dei servizi sociali, ai sensi del decreto legislativo 12 febbraio 1993, n. 39 "Norme in materia di sistemi informativi automatizzati delle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 2, comma 1, lettera mm) della legge 23 ottobre 1992, n. 421", nonché ai sensi dell'articolo 21 della legge n. 328/2000 assume rilevanza strategica l'organizzazione e la realizzazione del sistema informativo regionale mediante la gestione informatica dei dati che consenta l'approfondita analisi delle esigenze sociali, la conoscenza delle risorse disponibili e l'equa distribuzione delle medesime, nonché la valutazione dei risultati in termini di rendimento e di verifica dei benefici.

12. Per le finalità di cui al comma 11 la Giunta regionale organizza di conseguenza le proprie strutture con apposito personale e strumenti e promuove l'utile apporto degli enti locali e delle ULSS per la gestione di un patrimonio comune di informazioni."

Nota all'articolo 17

– Il testo dell'art. 37 della legge regionale n. 2/2007 è il seguente:

"Art. 37 – Interventi per la razionalizzazione della spesa delle aziende e degli enti del servizio sanitario regionale.

1. Ai fini del concorso della Regione del Veneto alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007–2009, di cui all'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)", in attuazione del protocollo d'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, per un patto nazionale per la salute, sul quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, in data 28 settembre 2006, ha espresso la propria condivisione, le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale si attengono alle disposizioni della presente legge dirette al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale.

2. Per il triennio 2007–2009 le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale adottano misure di contenimento della spesa per il personale, complessivamente inteso, idonee a garantire che la spesa stessa risulti compatibile con gli obiettivi di bilancio assegnati dalla Regione a ciascuna azienda od ente. A tale fine le aziende e gli enti:

a) mettono in atto tutte le possibili azioni di razionalizzazione e riorganizzazione dei servizi prima di ricorrere a nuove acquisizioni di risorse umane;

b) possono procedere al reclutamento di personale, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro, esclusivamente per garantire le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza;

c) devono in ogni caso osservare il limite del costo del personale sostenuto nell'anno 2006, fatti salvi i maggiori oneri derivanti dall'applicazione dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

3. I limiti di cui alle lettere b) e c) del comma 2, non operano nei seguenti casi:

a) assunzioni a tempo determinato o collaborazioni coordinate e continuative finalizzate alla realizzazione di progetti dotati di autonomo finanziamento regionale, ovvero proveniente dall'Unione europea o da soggetti privati, nei limiti della durata dei progetti e dei relativi finanziamenti;

b) sostituzione del personale interessato a progetti di collaborazione internazionale o di emergenza sanitaria all'estero;

c) assunzioni a tempo determinato per la sostituzione di dipendenti in comando presso l'amministrazione regionale;

d) acquisizione di risorse umane dedicate ad attività socio-assistenziali gestite dalle aziende ULSS per delega degli enti locali, il cui onere, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modifiche ed integrazioni, è totalmente a carico dei medesimi enti locali;

e) reclutamento, da parte delle aziende ULSS capoluogo di provincia, di personale nelle Unità Operative Invalidi Civili (UOIC), secondo le previsioni e le quantificazioni stabilite dalla deliberazione della Giunta regionale 3 novembre 2000, n. 3552 pubblicata nel BUR 5 dicembre 2000, n. 106;

f) acquisizione di personale finalizzato alla realizzazione di progetti proposti e finanziati totalmente dalla Regione aventi rilievo di area vasta sovraprovinciale o regionale.

4. La Giunta regionale, in relazione alle risorse finanziarie disponibili, impartisce annualmente indirizzi specifici per assicurare la coerenza delle misure di cui al comma 2 con gli atti della programmazione regionale (upb U0140 "Obiettivi di piano per la sanità").

5. La Giunta regionale verifica l'andamento della spesa sanitaria in corso d'esercizio e, ove necessario, adotta, anche in materia di spesa di personale, misure idonee ad assicurare la riconduzione in equilibrio delle gestioni aziendali."

Nota all'articolo 18

– Il testo dell'art. 9 della legge regionale n. 56/1994, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 9 – Ambiti territoriali delle Unità locali socio-sanitarie ed individuazione delle Aziende ospedaliere.

1. Ai sensi dell'articolo 3, comma 5 del decreto legislativo di riordino e dell'articolo 3, comma 2 della legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 , e sulla base dei parametri relativi alla popolazione, al territorio, ai trasporti e comunicazioni viarie e alla mobilità sanitaria, e all'equilibrio tecnico-finanziario, la Regione definisce gli ambiti territoriali delle Unità locali

socio-sanitarie così come individuati dall'allegato A) che costituisce parte integrante della presente legge.

2. La Regione individua quali ospedali da costituire in azienda gli ospedali di Padova e Verona su cui insiste la prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina, secondo quanto previsto dall'allegato B) che costituisce parte integrante della presente legge.

3. Le modifiche degli ambiti territoriali delle unità locali socio-sanitarie e l'individuazione delle aziende ospedaliere di cui ai commi 1 e 2 sono effettuate con legge regionale sentiti gli enti locali interessati. Le modifiche hanno efficacia a partire dal primo gennaio successivo all'entrata in vigore della legge regionale.

3 bis. Qualora gli enti locali interessati non esprimano il parere di cui al comma 3 entro il termine di *sessanta* giorni dal ricevimento della richiesta, si prescinde dallo stesso.

3 ter. Qualora in conformità a quanto previsto dall'articolo 4 bis, comma 2, venga costituita l'Azienda ospedaliero-universitaria integrata, l'Azienda ospedaliera cessa di essere tale al fine di assumere la nuova configurazione giuridica di Azienda ospedaliero-universitaria integrata e, di conseguenza, l'allegato B è automaticamente modificato in deroga alle procedure del presente articolo.

4. L'azienda ospedaliera si organizza sulla base dei principi stabiliti dalla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 .".

Nota all'articolo 19

– Il testo dell'art. 2 della legge regionale n. 32/1996, come modificato dalla presente legge, è il seguente:

"Art. 2 – Funzioni della Regione.

1. La Regione provvede, in particolare, a:

- a) definire, nell'ambito degli strumenti di programmazione e pianificazione previsti dalla normativa vigente, gli obiettivi generali delle attività di prevenzione collettiva e controllo ambientale;
- b) approvare il regolamento ed il piano pluriennale di attività dell'ARPAV di cui agli articoli 15 e 16;
- c) assicurare il coordinamento e l'integrazione dei diversi soggetti istituzionali operanti nei settori della protezione e del controllo ambientale e della prevenzione primaria collettiva;
- d) esercitare il controllo di cui all'articolo 19.

2. Spettano al Consiglio regionale le funzioni di cui alla lettera a) del comma 1; spettano alla Giunta regionale le rimanenti funzioni.

2 bis. Ferme restando le competenze in materia ambientale regolate dalla vigente legislazione nazionale e regionale, le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo e coordinamento nei confronti dell'ARPAV sono esercitate dalla Giunta regionale, per quanto riguarda gli aspetti economici, finanziari e amministrativi, in conformità alle vigenti disposizioni previste per le aziende (ULSS) e per le aziende ospedaliere, con specifico riferimento all'attuazione del piano socio-sanitario regionale."

4. Struttura di riferimento

Segreteria regionale per la sanità