

LEGGE REGIONALE 27/02/1995, N. 013

Revisione della rete ospedaliera regionale.

Art. 1

Oggetto

1. La presente legge detta norme per la revisione della rete ospedaliera regionale in attuazione dell'articolo 4, commi 2 e 3, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e dell'articolo 4, comma 10, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e del Decreto del Presidente della Repubblica 1 marzo 1994, << Approvazione del piano sanitario nazionale per il triennio 1994 - 1996 >>.

2. Con riferimento all'articolo 3, comma 2, della legge regionale 15 giugno 1993, n. 41, la presente legge e gli allegati n. 1, 2 e 3 che ne costituiscono parte integrante definiscono gli obiettivi del processo di pianificazione ospedaliera, i criteri organizzativi e gli standard dei servizi che devono essere attuati dai piani a medio termine di cui all'articolo 3, comma 4, della legge medesima.

Art. 2

Finalita'

1. La rete ospedaliera regionale e' preordinata ad assicurare il livello uniforme di assistenza fissato dal Piano sanitario nazionale

approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 1 marzo 1994.

2. La revisione della rete ospedaliera e' rivolta al raggiungimento delle seguenti finalita':

a) ricondurre l'ospedale alla sua funzione di trattamento esclusivo delle patologie acute;

b) aumentare la qualificazione degli ospedali per ottenere un miglioramento nell'efficacia dei trattamenti;

c) migliorare l'efficienza complessiva nell'uso delle risorse, con particolare riferimento al personale, assegnate ai singoli ospedali ed alla rete ospedaliera nel complesso;

d) fornire risposte adeguate alla domanda non acuta attualmente soddisfatta dalle strutture ospedaliere, da realizzarsi in sede di distretto o nelle strutture sanitarie extra-ospedaliere in regime domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale;

e) migliorare il livello delle prestazioni di assistenza sanitaria, non fornite in regime di ricovero ospedaliero;

f) superare l'attuale modalita' organizzativa divisionale, favorendo l'organizzazione dipartimentale.

3. La revisione della rete ospedaliera deve portare ad una riduzione della quota di Fondo sanitario attualmente dedicata all'assistenza ospedaliera potenziando le attivita' di prevenzione, le strutture territoriali e residenziali nonche' le attivita' di cura e

riabilitazione non fornite nelle strutture ospedaliere.

4. L'ammontare complessivo della quota di Fondo sanitario regionale destinata all'assistenza ospedaliera deve gradualmente rapportarsi al trasferimento complessivo derivante dall'applicazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al DPR 24 dicembre 1992, alla popolazione residente nel territorio regionale.

Art. 3

Obiettivi

1. Sono obiettivi specifici:

a) il raggiungimento di un tasso tendenziale di spedalizzazione regionale di 160 ricoveri per 1.000 abitanti, comprensivo dei ricoveri in strutture extra regionali. Negli allegati 1 e 2 sono definiti i valori standard riferiti ai tassi di spedalizzazione regionale rapportati alla struttura della popolazione per età ed ai tassi tendenziali di spedalizzazione per funzione a livello regionale;

b) l'articolazione di una rete ospedaliera regionale con una dotazione di posti letto tale da soddisfare la domanda potenziale sopra definita, adeguabile in funzione dei fenomeni di attrazione e fuga extraregionale e nel rispetto dei parametri previsti dalla legislazione nazionale in vigore. Tale dotazione è comprensiva dei posti letto di tutte le strutture accreditate al ricovero per acuti e il cui costo è a carico del Servizio sanitario nazionale. I posti letto per paganti all'interno degli ospedali pubblici, di cui ai commi 10 e 11 dell'articolo 4 del decreto

legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, non concorrono alla quantificazione della predetta dotazione. Nel territorio di competenza di ciascuna Azienda per i servizi sanitari di regola viene assicurata la presenza di un limite minimo di 4,5 posti letto per 1.000 abitanti riferito alla popolazione residente nello stesso territorio; la presenza e' comunque subordinata al rispetto dei parametri di cui alla lettera c);

c) il conseguimento di una funzionalita' di ciascun ospedale caratterizzata dai seguenti parametri:

1.tasso di occupazione medio dei posti letto superiore all'80 per cento in media annua;

2.durata media della degenza non superiore a 10 giorni con una presenza di entrati ed usciti nello stesso giorno non superiore al 5 per cento del totale degli accolti;

3.tasso operatorio superiore al 70 per cento dei ricoverati presso funzioni chirurgiche;

4.numero di parti superiore a 400 unita' annue;

e dal rispetto dei valori del sistema di indicatori definito con apposito provvedimento dalla Giunta regionale, da emanarsi entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sentita la competente Commissione consiliare, che si esprime entro 30 giorni dalla proposta.

2. Il perseguimento dei suddetti obiettivi richiede che la revisione della rete ospedaliera regionale avvenga in termini contestuali con l'attivazione di servizi per anziani e per

disabili fisici e psichici alternativi al ricovero ospedaliero, nonché con la riorganizzazione ed il potenziamento dei servizi territoriali.

3. Il processo di revisione della rete ospedaliera regionale deve comunque assicurare alle popolazioni interessate la disponibilità di livelli uniformi di assistenza sanitaria.

Art. 4

Rete ospedaliera regionale

1. La rete ospedaliera regionale si compone di:

a) ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione, caratterizzati dalla presenza di funzioni a più rara frequenza di ricovero, a più elevata complessità tecnico-funzionale e con un ambito geografico di riferimento identificabile nell'intero territorio regionale o dall'insistenza di funzioni di ricerca scientifica e di didattica universitaria;

b) ospedali di rilievo regionale caratterizzati, oltre che dalla presenza di servizi e funzioni tali da garantire livelli adeguati di sicurezza nel trattamento degli acuti, dalla presenza di funzioni specialistiche che possono costituire riferimento anche per altri ospedali;

c) ospedali di rete, caratterizzati dalla presenza di servizi e funzioni tali da garantire livelli adeguati di sicurezza nel trattamento degli acuti e dall'eventuale presenza diversificata di funzioni aggiuntive, correlata al bacino di utenza ottimale di ciascuna funzione per

le quali costituiscono riferimento anche per altri ospedali.

2. La presenza di strutture private nella rete ospedaliera regionale e' regolata dalla vigente legislazione nazionale e da quanto disposto dall'articolo 9.

3. L'attribuzione delle funzioni e la dotazione complessiva dei posti letto, suddivisa per ciascun ospedale e per ciascuna disciplina sono definite dalla Giunta regionale con i piani di intervento a medio termine. Tali piani tengono conto del bacino di utenza piu' vantaggioso per ciascuna funzione, come indicato nell'allegato 3, in rapporto alla ospedalizzazione ottimale, dei parametri tendenziali indicati all'articolo 3, dei dati di attrazione e fuga intra ed extra regionali e del rispetto dei valori del sistema di indicatori di cui all'articolo 3.

4. L'adeguamento delle strutture ospedaliere esistenti agli standard previsti dalla presente legge ed ai criteri di accreditamento previsti dall'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni e' definito con i piani di intervento a medio termine e viene attuato con la gradualita' fissata dai piani stessi, in rapporto alla funzionalita' e produttivita' delle strutture e nel rispetto delle risorse a disposizione.

5. L'adeguamento della dotazione dei posti letto, l'attribuzione di reparti e servizi tra diverse strutture dello stesso ambito territoriale e le riconversioni conseguenti devono garantire all'utenza, per le funzioni legate all'emergenza, il piu' breve tempo medio di accesso, funzionalmente valutato anche tenendo conto delle vie preferenziali di traffico nelle singole

Aziende per i servizi sanitari o nelle aree geografiche omogenee di riferimento per le varie funzioni.

6. Fermo restando quanto disposto dai commi 2 e 3 le singole Aziende sanitarie regionali possono migliorare il livello delle prestazioni fornite dagli ospedali anche con ulteriori acquisizioni previa indicazione nel piano annuale di cui all'articolo 21, commi 2 e 3.

7. L'allegato n. 3 costituisce indirizzo di riferimento tecnico-teorico per la redazione del piano a medio termine, previa verifica di congruita' economica sulla base del calcolo a tariffa per prestazione.

Art. 5

Ospedali di rilievo nazionale

1. Sono ospedali di rilievo nazionale:

a) l'Ospedale unico di Trieste e l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine;

b) il Policlinico universitario della Facolta' di medicina di Udine, organizzato ai sensi dell'articolo 4, comma 5, del decreto legislativo n. 502/1992;

c) gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico << Burlo Garofolo >> di Trieste e << Centro di riferimento oncologico >> di Aviano.

2. Le Universita' di Trieste e Udine, nel rispetto delle loro finalita' didattiche e scientifiche, regolamentano l'apporto alle attivita' assistenziali del Servizio sanitario

regionale in armonia con quanto previsto dalla presente legge e tendendo alla massima integrazione funzionale con strutture della rete ospedaliera regionale mediante specifici protocolli d'intesa con la Regione ai sensi dell'articolo 5 della legge regionale 30 agosto 1994, n. 12. Per i rapporti tra il Policlinico della Facolta' di medicina di Udine e l'Ospedale Santa Maria della Misericordia di Udine detti protocolli devono rapportarsi strettamente alle esigenze assistenziali del Servizio sanitario regionale e prevedere l'integrazione delle funzioni e dei servizi evitando duplicazioni degli stessi , anche mediante l'attivazione di dipartimenti comprendenti servizi delle due strutture.

3. Gli Istituti di diagnosi e cura a carattere scientifico assolvono ai bisogni di assistenza ospedaliera previsti dalla presente legge, nell'ambito della quantificazione dei posti letto e della definizione delle funzioni secondo i rispettivi protocolli di cui all'articolo 5 della legge regionale n. 12/1994. Essi devono essere integrati con le strutture della rete ospedaliera. Per i rapporti tra il Centro di riferimento oncologico di Aviano e l'Ospedale Santa Maria degli Angeli di Pordenone e tra l'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico << Burlo Garofolo >> e l'Ospedale unico di Trieste i protocolli devono rapportarsi strettamente alle esigenze assistenziali del Servizio sanitario regionale e prevedere l'integrazione delle funzioni e dei servizi evitando duplicazioni degli stessi, anche mediante l'istituzione di dipartimenti comprendenti servizi delle strutture interessate.

4. I protocolli di cui all'articolo 5 della legge regionale n. 12/1994 devono definire le funzioni che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera e specialistica per il Servizio sanitario regionale e quantificarne i posti letto; sono approvati dalla Giunta regionale e costituiscono strumenti della pianificazione sanitaria regionale equiparati a quelli di cui all'articolo 3, comma 4, della legge regionale n. 41/1993. L'attribuzione della dotazione di posti letto alle funzioni assegnate puo' essere effettuata anche in deroga agli standard minimi di posti letto per unita' operativa di cui all'allegato 3, lettera B.

5. Gli ospedali di rilievo nazionale sono organizzati in presidi aventi un numero di posti letto tendenzialmente non superiore a mille. Il primo piano di intervento a medio termine di cui all'articolo 21 definisce le azioni per il rispetto di tale limite massimo.

Art. 6

Ospedali di rilievo regionale

1. Gli ospedali di rilievo regionale sono quelli indicati nell'articolo 9, commi 5 e 6, della legge regionale n.12/1994 e non rientranti tra quelli indicati all'articolo 5.

2. Nell'ambito dell'attuazione del primo piano di intervento a medio termine, fermi restando gli obblighi di bilancio previsti dall'articolo 3, comma 5, lettera f), e articolo 4, comma 8, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, costituiscono riferimento le seguenti indicazioni:

a) le funzioni e le dotazioni complessive di posti letto dell'Ospedale S. Maria degli Angeli di Pordenone sono quelle previste per un bacino di utenza da quattrecentomila a seicentomila abitanti ed individuate nell'allegato 3;

b) le funzioni e le dotazioni complessive di posti letto degli ospedali di cui all'articolo 9, comma 6, della legge regionale n. 12/1994 sono quelle previste per un bacino di utenza da centocinquantamila a quattrecentomila abitanti e individuate nell'allegato 3, fatte salve le necessarie integrazioni tra le funzioni specialistiche delle due strutture.

3. Gli ospedali di rilievo regionale sono organizzati in presidi aventi un numero di posti letto tendenzialmente non superiore a ottocento. Il primo piano di intervento a medio termine, di cui all'articolo 21, definisce le azioni per il rispetto di tale limite massimo.

Art. 7

Ospedali di rete

1. L'ospedale di rete e' dotato di almeno 250 posti letto e comprende, quali dotazioni minime, le seguenti aree funzionali:

a) area della direzione sanitaria;

b) area dell'emergenza, con guardia attiva, dotata di posti letto di terapia intensiva e funzione di pronto soccorso;

c) area di degenza medica, comprendente l'unita' operativa di medicina generale nonche' l'unita' operativa di cardiologia;

d) area di degenza chirurgica, comprendente le unita' operative di chirurgia generale e di ortopedia- traumatologia ;

e) area materno-infantile, comprendente le unita' operative di ostetricia e ginecologia e di pediatria;

f) area delle funzioni senza posti letto, comprendente le funzioni di anestesia e rianimazione, che deve garantire la guardia attiva e radiologia, laboratorio di analisi e trasfusionale, oncologia, recupero e riabilitazione, farmacia ed emodialisi.

2. Entro il termine di attuazione del primo piano di intervento a medio termine, oltre agli ospedali di cui all'articolo 9, comma 6 della legge regionale n. 12/1994, i presidi ospedalieri di Tolmezzo, San Daniele del Friuli, Latisana, Palmanova, San Vito al Tagliamento garantiscono almeno i servizi secondo le dotazioni minime e le aree funzionali previste al comma 1.

3. Per la presenza di altre funzioni specialistiche di ricovero e di altre funzioni diagnostiche e di supporto, i piani di intervento a medio termine si adeguano a quanto indicato nell'articolo 4, comma 3, definendo altresì la trasformazione o la riconversione degli ospedali non rientranti nelle suddette dotazioni minime. Il criterio base per la predisposizione dei sopraccitati piani, per le funzioni legate all'emergenza, e' quello di garantire all'utenza il piu' breve tempo medio di accesso, funzionalmente valutato anche tenendo conto delle vie preferenziali di traffico nelle singole Aziende per i servizi sanitari o nelle aree geografiche omogenee di riferimento per le varie funzioni.

Art. 8

Istituto di medicina fisica e riabilitazione

1. In deroga a quanto previsto dall'articolo 4, l'Istituto di cui all'articolo 9, comma 8, della legge regionale n. 12/1994, e' ospedale della rete ospedaliera regionale ed allo stesso si applicano le disposizioni di cui all'articolo 4, commi 3, 4 e 5.

2. Avuto riguardo all'esito della procedura di cui all'articolo 9, comma 8 della legge regionale n. 12/1994, nonche' alle risultanze delle procedure previste dalla presente legge, in alternativa, con deliberazione della Giunta regionale, sentiti i Direttori generali delle Aziende interessate, l' Istituto di medicina fisica e riabilitazione di Udine puo' essere inserito nell'Azienda ospedaliera regionale S. Maria della Misericordia di Udine.

Art. 9

Spedalita' privata

1. I rapporti tra il Servizio sanitario regionale e le strutture private sono regolati ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.

2. In relazione a quanto previsto dall'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni, i criteri di accreditamento delle strutture private eroganti assistenza ospedaliera fanno riferimento agli

standard previsti per la rete ospedaliera dalla presente legge.

3. Le strutture ospedaliere private che alla data di entrata in vigore della presente legge hanno in essere un rapporto convenzionale con il Servizio sanitario regionale adeguano le proprie dotazioni strutturali ai criteri di accreditamento di cui al comma 2 entro il 31 dicembre 1996.

4. Le strutture ospedaliere private accreditate nei limiti della programmazione sanitaria regionale fanno parte della rete ospedaliera regionale e concorrono al raggiungimento degli obiettivi prefissati erogando prestazioni di ricovero e specialistiche ambulatoriali.

Art. 10

Dipartimenti ospedalieri

1. Gli ospedali pubblici della rete regionale sono obbligatoriamente articolati in dipartimenti, dotati di un budget prefissato, comprendenti aggregazioni di unita' operative secondo il criterio del coordinamento per aree funzionali omogenee, ovvero per aree di patologia, ovvero per aree di intervento che per caratteristiche di complessita' ed esigenze di integrazione richiedono un approccio unitario ed integrato, privilegiando comunque le esperienze dipartimentali che vedano il concorso di strutture ospedaliere e territoriali.

2. La definizione dei dipartimenti di ogni ospedale e dei relativi organi e' deliberata dal Direttore generale su proposta del Direttore

sanitario, sentiti il Consiglio dei sanitari e le organizzazioni sindacali.

3. Finalita' del dipartimento sono:

a) l'integrazione e l'utilizzo in comune degli spazi, delle risorse umane e tecnologiche, anche attraverso la gestione della mobilita' interna del personale;

b) la sperimentazione e l'adozione di modalita' organizzative che consentano il raggiungimento dei risultati attesi, il coordinamento e lo sviluppo delle attivita' cliniche, di ricerca, di studio e di audit sulla qualita' delle prestazioni.

4. In fase di prima applicazione del presente articolo sono previste specifiche sperimentazioni che vengono individuate dalla Giunta regionale anche prioritariamente all'approvazione dei piani a medio termine.

Art. 11

Indirizzi organizzativi

1. L'ospedale deve favorire le connessioni funzionali con i servizi extra ospedalieri e con i servizi sociali operanti nel territorio anche mediante l'istituzione di dipartimenti intra-extra ospedalieri. La Regione promuove specifici protocolli d'intesa tra le Aziende per i servizi sanitari, le Aziende ospedaliere, le strutture universitarie e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

2. Costituiscono specifiche indicazioni organizzative per lo svolgimento dell'attivita' ospedaliera:

a) un utilizzo flessibile, anche interdisciplinare, delle strutture di degenza e del relativo personale infermieristico ed ausiliario;

b) un'organizzazione coordinata degli ambulatori ed una collocazione fisica degli stessi preferibilmente in unica sede nell'ambito della struttura ospedaliera;

c) un impiego delle sale operatorie per non meno di cinque giorni settimanali, allocate in un gruppo operatorio unico;

d) un funzionamento dei servizi diagnostici su almeno due turni giornalieri per 5 giorni settimanali e su un turno il sabato, in rapporto all'organizzazione dell'attività ospedaliera e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali;

e) un utilizzo delle grandi apparecchiature diagnostiche e terapeutiche per un minimo di 12 ore giornaliere per 6 giorni settimanali;

f) un utilizzo coordinato del personale di supporto amministrativo, di apparecchiature e presidi;

g) l'utilizzazione ottimale delle responsabilità organizzative di cui all'articolo 15, comma 2 del decreto legislativo n. 502/1992, e successive modificazioni;

h) l'organizzazione dell'attività di day-hospital, secondo le indicazioni contenute in apposito atto di indirizzo e coordinamento, da approvarsi dalla Giunta regionale entro 90 giorni dalla entrata in vigore della presente legge;

i) l'istituzione di posti letto con particolari condizioni alloggiative di cui l'utente possa

usufruire a pagamento per un numero massimo non superiore al 10% dei letti di ciascuna area funzionale;

1) la garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria nella misura e con le procedure previste dall'articolo 4, comma 10, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.

3. La Giunta regionale entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, provvede con apposito regolamento a stabilire i criteri di accesso ai posti letto per paganti all'interno degli ospedali pubblici di cui all'articolo 4, commi 10 e 11, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni al fine di evitare priorità improprie nell'accesso alle cure da parte degli utenti.

4. Il dipartimento di salute mentale coordina e garantisce l'assistenza psichiatrica in ospedale e nel territorio. Appositi protocolli regolano i rapporti tra le strutture ospedaliere ed il dipartimento di salute mentale e, nel caso in cui l'ospedale fosse costituito in azienda, tra l'Azienda per i servizi sanitari e l'Azienda ospedaliera.

5. Al fine di valutare, correggere e riequilibrare l'assegnazione delle risorse in funzione della produzione dei vari ospedali sono da utilizzare sistemi informativi di raggruppamento diagnostico.

6. L'assegnazione delle funzioni specialistiche e le loro modalità organizzative sono soggette a verifica alla scadenza della durata del piano di intervento a medio termine.

Qualora le unita' operative non abbiano conseguito i tassi di funzionalita' di cui all'articolo 3, comma 1, lettera c), e non abbiano rispettato le indicazioni organizzative di cui al comma 2, le assegnazioni sono riconsiderate o disattivate.

7. In ciascuna Azienda ospedaliera o Istituto di cui all'articolo 5, comma 1 e all'articolo 6 e' istituito un Comitato bioetico per la valutazione dei protocolli terapeutici sperimentali la cui composizione deve essere ispirata ai seguenti criteri:

a) maggioranza dei componenti esterni rispetto ai dipendenti;

b) maggioranza delle competenze non sanitarie, rispetto a quelle sanitarie;

c) rappresentativita' di orientamenti culturali e religiosi della comunita';

d) rappresentanza degli utenti;

e) non inclusione dei responsabili diretti della gestione dell'Azienda o dell'Istituto.

8. La Giunta regionale, entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, determina la composizione dei Comitati e le modalita' di funzionamento degli stessi.

9. La Giunta regionale, entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, definisce le modalita' organizzative e di funzionamento delle attivita' di coordinamento e di valorizzazione degli operatori afferenti ai diversi profili professionali, con particolare riferimento alle attivita' di psicologia e di riabilitazione funzionale.

Art. 12

Servizio infermieristico

1. In ciascuna Azienda sanitaria regionale e' istituito il servizio infermieristico con compiti di:

a) programmazione ed organizzazione del personale infermieristico e del personale del ruolo tecnico addetto all'assistenza;

b) programmazione e gestione di iniziative di formazione del personale di cui alla lettera a);

c) promozione ed attuazione di progetti di ricerca e sperimentazione finalizzati al miglioramento qualitativo ed organizzativo dell'assistenza.

2. Entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, la Giunta regionale, con proprio atto di indirizzo, definisce le modalita' organizzative e di funzionamento del servizio infermieristico.

Art. 13

Servizi di psicologia

1. I Direttori delle Aziende per i servizi sanitari e delle Aziende ospedaliere, con provvedimento motivato, possono istituire appositi servizi di psicologia, al fine di migliorare le condizioni di assistenza in regime ambulatoriale e di ricovero e per offrire un adeguato sostegno psicologico ai portatori di patologie.

Art. 14

Emergenza

1. L'organizzazione della rete dei servizi di emergenza sanitaria e' finalizzata al raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici:

a) riduzione dei tempi medi di accesso;

b) riduzione della mortalita' e dell'invalidita' nei pazienti con eventi morbosi ed infortunistici acuti;

c) adeguamento a standard qualitativi minimi di assistenza in tutto il sistema di emergenza sanitaria regionale.

2. Il criterio generale di riferimento per la revisione della rete dei servizi di emergenza e' quello previsto dall'articolo 4, comma 5.

3. La funzione di emergenza all'interno degli ospedali viene organizzata tenuto conto delle seguenti tipologie:

a) Dipartimento di emergenza di 2° livello;

b) Dipartimento di emergenza di 1° livello.

4. Il Piano di intervento a medio termine definisce le caratteristiche funzionali ed organizzative delle suddette tipologie e la loro localizzazione.

Art. 15

Assistenza specialistica ambulatoriale

1. L'assistenza specialistica ambulatoriale viene erogata a livello ospedaliero e territoriale; la sua organizzazione deve perseguire l' equilibrio tra le esigenze di efficienza e qualità delle prestazioni e di accessibilità da parte dei cittadini.

2. In ogni ospedale è attivato un poliambulatorio, preferibilmente collocato in un'unica sede fisica, che rappresenta un requisito indispensabile dell'ospedale stesso, anche al fine di assicurare la continuità diagnostica e terapeutica.

3. A livello territoriale sono attivati poliambulatori, nei quali possono essere svolte anche funzioni diagnostiche. In tutte le aree ospedaliere interessate, prima di qualsiasi riconversione, sono attivati poliambulatori nei quali, oltre alle principali prestazioni specialistiche, viene garantito lo svolgimento di attività diagnostiche di laboratorio e radiologiche. L'attività specialistica nei poliambulatori territoriali è organizzata dall'Azienda per i servizi sanitari in stretto collegamento con i servizi dell'ospedale di riferimento per ciascuna disciplina, mentre il distretto fornisce le strutture logistiche e di supporto. A livello di distretto è attivato il servizio di prenotazione, accessibile all'utenza ed unitario per tutti i presidi di cui l'Azienda per i servizi sanitari si avvale per l'erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

4. Le Aziende per i servizi sanitari, nel rispetto della massima valorizzazione dei servizi ambulatoriali e delle strumentazioni degli ospedali pubblici, provvedono annualmente a determinare il fabbisogno di attività

specialistiche ambulatoriali per assicurare livelli uniformi di assistenza.

5. Nei piani di intervento a medio termine sono contenute indicazioni sui requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio della specifica attivita' sanitaria, definiti ai sensi dell'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.

Art. 16

Attivita' di recupero e riabilitazione

1. Gli Istituti ed i Centri di recupero e riabilitazione accreditati sono presidi sanitari extra- ospedalieri destinati al recupero funzionale tramite prestazioni riabilitative e diagnostiche finalizzate, con interventi di norma interdisciplinari che assicurano la presa in carico globale del soggetto.

2. Le prestazioni di recupero e riabilitazione sono erogate in forma residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare e assicurano la personalizzazione dell'intervento per raggiungere il piu' alto livello possibile di autonomia funzionale del soggetto.

3. I piani di intervento a medio termine definiscono i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio dell'attivita' riabilitativa, ai sensi dell'articolo 8, comma 4, del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni.

4. Le Aziende per i servizi sanitari provvedono annualmente a determinare, in

conformita' alla programmazione sanitaria regionale, il fabbisogno per l'attivita' riabilitativa da erogare direttamente o tramite altre strutture accreditate.

Art. 17

Residenze sanitarie assistenziali (RSA)

1. Le Residenze sanitarie assistenziali (RSA), di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 ed al DPCM del 22 dicembre 1989, sono strutture residenziali destinate a fornire assistenza continuativa ad elevato contenuto sanitario ed a prevalente indirizzo riabilitativo a soggetti anziani non autosufficienti e a soggetti temporaneamente non autosufficienti, esclusi i minori, nonche' a soggetti affetti da handicap fisico e psichico.

2. Le RSA sono strutture distrettuali inserite in una rete di servizi; svolgono una funzione intermedia tra l'ospedale ed i servizi sanitari e socio-assistenziali del territorio e concorrono al graduale rientro dei livelli di spedalizzazione all'interno degli standard individuati all'articolo 3.

3. Nella fase di prima attuazione e nelle more di una generale riconsiderazione delle strutture di accoglienza per anziani non autosufficienti il numero complessivo dei posti letto di RSA per anziani nel territorio regionale e' pari, tendenzialmente, ad una quota variabile tra lo 0,5 e l'1 per cento della popolazione ultrasessantacinquenne.

4. Entro il termine di efficacia del primo piano di intervento a medio termine, nei comuni

interessati da processi di riconversione delle strutture ospedaliere, deve essere assicurata la quota massima prevista dal comma 3.

5. Le tipologie delle RSA ed i loro modelli organizzativi e gestionali sono oggetto di sperimentazione per un periodo non superiore a tre anni. Le RSA sono organizzate secondo moduli compresi tra un minimo di 20 ed un massimo di 120 posti letto.

6. I piani a medio termine definiscono la realizzazione delle RSA tenendo presente:

a) la contestuale trasformazione o riconversione degli stabilimenti ospedalieri non rientranti nelle norme e negli standard di cui alla presente legge;

b) la revisione delle strutture ospedaliere private convenzionate;

c) l'eventuale modifica di destinazione di strutture residenziali socio-assistenziali per soggetti non autosufficienti.

Note:

1. Integrata la disciplina da art. 28, comma 1, L.R. 10/1998

Art. 18

Norme speciali per le verifiche tecnico - edilizie
su
edifici destinati a sedi ospedaliere, a RSA ed a
servizi
sanitari e socio-assistenziali

1. Al fine di garantire una completa e rapida attuazione dei processi necessari alla riconversione della rete ospedaliera regionale, nonché ad uniformare, il più possibile, su tutto il territorio della regione il livello tecnologico e di albergo delle strutture destinate ai servizi sanitari e socio-assistenziali, e' costituito, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della presente legge presso la Direzione regionale della sanità, il Nucleo di valutazione dell'edilizia sanitaria e socio-assistenziale.

2. Il Nucleo di valutazione dell'edilizia sanitaria e socio-assistenziale e' composto:

a) dal Direttore regionale della sanità o da un suo delegato;

b) da un esperto, anche esterno all'Amministrazione regionale, nominato dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale all'edilizia e ai servizi tecnici;

c) da un esperto, anche esterno all'Amministrazione regionale, nominato dalla Giunta regionale, su proposta dell'Assessore regionale alla pianificazione territoriale;

d) da quattro esperti, di cui uno in pianificazione sanitaria, uno in edilizia sanitaria e socio-assistenziale, uno in impiantistica e tecnologia sanitaria ed uno in organizzazione sanitaria nominati dalla Giunta regionale su proposta dell'Assessore regionale alla sanità, di concerto con il Presidente della Giunta regionale.

3. Il Nucleo di valutazione dell'edilizia sanitaria e socio-assistenziale dura in carica per quattro anni. Ai componenti del Nucleo, non

dipendenti dall'Amministrazione regionale, spetta un gettone di presenza ed un rimborso spese, se dovuto, pari a quello dei componenti il Comitato tecnico regionale.

4. Sono soggetti all'esame tecnico-economico del Nucleo di valutazione dell'edilizia sanitaria e socio- assistenziale, indipendentemente dalle forme e fonti di finanziamento, i progetti generali di massima o esecutivi e le loro varianti sostanziali di competenza, ovvero d'iniziativa di soggetti pubblici relativi a:

- a) opere ospedaliere;
- b) residenze sanitarie assistite;
- c) altre strutture sanitarie;
- d) strutture socio-assistenziali.

Sono esclusi dall'esame tecnico-economico del Nucleo di valutazione dell'edilizia sanitaria e socio-assistenziale, i lavori di adeguamento alla normativa vigente e di manutenzione straordinaria.

5. Il parere di cui al comma 4 e' comunicato al soggetto interessato entro 60 giorni dalla ricezione della richiesta, ovvero, nel caso in cui siano rappresentate esigenze istruttorie, entro i 15 giorni successivi alla data di ricezione delle notizie o degli atti richiesti.

6. Trascorsi i termini di cui al comma 5, senza che sia stato comunicato il parere, lo stesso si intende positivamente espresso.

7. L'esame tecnico-economico dei progetti di adeguamento alla normativa vigente e di manutenzione straordinaria delle strutture sanitarie e socio- assistenziali spetta al

direttore provinciale dei servizi tecnici, che provvede altresì alla determinazione della spesa ammissibile.

8. L'esame e la determinazione di cui al comma 7 devono essere espressi entro 60 giorni dal ricevimento degli atti ovvero, nel caso in cui siano rappresentate esigenze istruttorie, entro i 15 giorni successivi alla data di ricezione delle notizie e degli atti richiesti.

9. Gli oneri relativi all'applicazione di quanto disposto dal comma 3 fanno carico al capitolo 150 del bilancio pluriennale per gli anni 1995-1997 e del bilancio per l'anno 1995 il cui stanziamento presenta sufficiente disponibilità.

Note:

1. Sostituito il comma 4 da art. 12, comma 1, L.R. 20/1995

2. Sostituito il comma 7 da art. 12, comma 2, L.R. 20/1995

3. Sostituito il comma 8 da art. 12, comma 3, L.R. 20/1995

4. Sostituito il comma 4 da art. 13, comma 1, L.R. 37/1995

5. Vedi anche il particolare regime transitorio di cui all'art. 15, comma 1, L.R. 37/1995

6. Articolo abrogato da art. 15, comma 10, L.R. 37/1995, con effetto dall' 1 gennaio 1996.

Art. 19

Personale

1. I piani di intervento a medio termine devono:

a) individuare uno standard adeguato della distribuzione delle varie figure professionali;

b) valutare il carico di lavoro medio regionale per singole funzioni, in relazione alla tipologia della rete ospedaliera come indicata all'articolo 4;

c) definire i carichi di lavoro ottimali, tenendo conto dei livelli di assistenza forniti e degli altri fattori produttivi impiegati;

d) attivare l'istituto della mobilita' del personale in applicazione delle disposizioni di legge e degli accordi sindacali.

2. Nei casi di disattivazione di strutture ospedaliere il personale interessato viene prioritariamente destinato ai servizi territoriali finalizzati alla deospedalizzazione.

Art. 20

Norme finanziarie

1. La legge finanziaria regionale stabilisce l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie da destinare al settore sanitario e l'eventuale ricorso all'autofinanziamento regionale previsto dall'articolo 13 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni. La Giunta regionale, sulla base di quanto indicato nel piano di intervento a medio termine in vigore nel tempo, individua le risorse da trasferire dall'assistenza ospedaliera, all'assistenza extra-ospedaliera e ne definisce le modalita'.

2. Gli avanzi di amministrazione conseguiti dalle aziende possono essere impiegati per

ammodernamento tecnologico e strutturale e per aggiornamento professionale del personale.

3. Le Aziende sanitarie regionali, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, attivano altresì procedure per contabilizzare, separatamente, le spese sostenute per le prestazioni di degenza e per le altre prestazioni erogate nell'ambito di ciascun presidio ospedaliero, così come previsto dall'articolo 20 della legge regionale n. 12/1994.

4. La Giunta regionale riferisce annualmente al Consiglio circa l'andamento della spesa sanitaria con apposita relazione alla competente Commissione consiliare, entro il 31 ottobre e comunque entro il termine di presentazione del bilancio di previsione finanziario successivo.

5. In relazione al perseguimento delle finalità di cui all'articolo 2, commi 3 e 4, nel 1996 la spesa ospedaliera non può superare il 60 per cento della spesa corrente destinata al Servizio sanitario regionale, così come determinata dal bilancio di previsione del relativo esercizio finanziario. A partire dal 1997 la spesa ospedaliera non deve essere superiore al 55 per cento della spesa corrente destinata al Servizio sanitario regionale, come sopra determinata.

Note:

1. Sostituito il comma 2 da art. 12, comma 1, L.R. 37/1995

Art. 21

Modalita' di attuazione

1. L'attuazione della presente legge avviene attraverso i piani a medio termine di cui all'articolo 3, commi 4 e 5, della legge regionale n. 41/1993. La necessaria gradualita' di attuazione deve comunque consentire di raggiungere gli obiettivi indicati nell'articolo 4, comma 3.

2. Il primo piano a medio termine deve essere approvato entro 180 giorni dall'entrata in vigore della presente legge. Entro tale termine vengono attuate le procedure di cui all'articolo 22.

3. Nell'ambito della attuazione del primo piano di intervento a medio termine, per i presidi ospedalieri di Cividale del Friuli, Gemona del Friuli, Maniago, Sacile e Spilimbergo si provvede, in ordine di priorita', a:

a) trasformazione e riconversione per l'erogazione di prestazioni diverse dal ricovero per acuti, con contestuale attivazione delle nuove funzioni delle strutture stesse e con potenziamento dei servizi territoriali;

b) attribuzione delle funzioni di un unico ospedale di rete per l'area montana e pedemontana della provincia di Pordenone, con deroga, entro il limite del 15 per cento, al numero dei posti letto, di cui all'articolo 7, comma 1, ed alle dotazioni minime, limitatamente alla presenza dell'area materno-infantile. L'attribuzione avviene previo studio di fattibilita' ricompreso nel piano di cui all'articolo 22, comma 1, lettera a), che valuta, tra l'altro, la viabilita' dell'area interessata nonche' i tempi di accesso a tale presidio, al fine di assicurare il massimo recupero di utenza;

c) attribuzione all'Ospedale San Michele di Gemona del Friuli delle funzioni di presidio ospedaliero per degenze specialistiche, con bacino di utenza sovrazonale o regionale, da individuarsi attraverso uno studio di fattibilita' ricompreso nel piano di cui all'articolo 22, comma 1, lettera a). Fino alla suddetta attribuzione, fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 1, lettera c), in tale presidio ospedaliero sono assicurate le funzioni di pronto soccorso - area dell'emergenza e le degenze di medicina generale e di chirurgia. Sono altresì attivate le funzioni di residenza sanitaria assistenziale e poliambulatoriali specialistiche e diagnostiche;

d) inserimento, nella costituenda Azienda ospedaliera di Pordenone, sentiti i Direttori generali interessati e previo studio di fattibilita' in ordine alle funzioni da esercitare anche in forma integrata presso la struttura stessa, di parte del presidio ospedaliero di Sacile, secondo modalita' che assicurino comunque il perseguimento degli obiettivi di cui all'articolo 3 e l'esercizio, nella parte residua della struttura medesima, delle funzioni distrettuali;

e) inserimento, nell'Azienda ospedaliera di Udine, su proposta del Direttore generale dell'Azienda per i servizi sanitari del Medio Friuli, da formularsi entro 90 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge e di concerto con il Direttore generale dell'Azienda ospedaliera interessata e previo studio di fattibilita' in ordine alle funzioni da esercitare anche in forma integrata presso la struttura stessa, di parte del presidio ospedaliero di Cividale del Friuli, secondo modalita' che assicurino comunque il perseguimento degli

obiettivi di cui all'articolo 3 e l'esercizio, nella parte residua della struttura medesima, delle funzioni distrettuali.

4. La Regione e le Aziende sanitarie regionali cui spettano i compiti di programmazione attuativa raccordano annualmente la pianificazione regionale e la programmazione stessa stabilendo le modalita' di attivazione di quella parte dei piani di intervento a medio termine relativi all'anno di interesse.

5. Le Aziende sanitarie regionali redigono un piano annuale di cui all'articolo 14, commi 7 e 8, della legge regionale n. 12/1994, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili. I bilanci di previsione tengono conto dei piani annuali, che costituiscono parte integrante del bilancio medesimo.

6. Le Universita' e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico si raccordano con la pianificazione regionale con i protocolli di cui all'articolo 5, comma 4 e annualmente predispongono un piano.

Note:

1. Integrata la disciplina da art. 45 L.R. 39/1995

2. Integrata la disciplina del comma 5 da art. 48, comma 1, L.R. 49/1996

Art. 22

Primo piano di intervento a medio termine

1. Fermo restando quanto previsto dall'articolo 3, comma 5, della legge regionale n.

41/1993 e dall'articolo 3 della legge regionale n. 12/1994, il primo piano di intervento a medio termine relativo all'area ospedaliera viene approvato dalla Giunta regionale con la seguente procedura:

a) la Regione predispone entro 90 giorni dall'entrata in vigore della presente legge un piano di fattibilita' per l'applicazione di quanto disposto dalla presente legge nel triennio 1995/1997;

b) i Direttori generali delle Aziende per i servizi sanitari, entro 10 giorni dalla data di trasmissione del piano da parte dell'Assessore regionale alla sanita', illustrano detto piano alla Conferenza dei sindaci che si esprime entro 30 giorni dalla presentazione, trasmettendo le osservazioni alla Regione attraverso il Direttore generale. Trascorso inutilmente tale termine si prescinde dal parere;

c) la Regione predispone il primo piano di intervento a medio termine che viene approvato dalla Giunta regionale, sentita la Commissione consiliare competente, che si esprime motivatamente entro 30 giorni dal ricevimento della proposta. Trascorso inutilmente tale termine si prescinde dal parere.

Art. 23

Modificazioni dell'articolo 2 della legge regionale 31 ottobre 1986, n. 46

1. La lettera a) del primo comma dell'articolo 2 della legge regionale 31 ottobre 1986, n. 46 e' abrogata.

2. Alla lettera g) del primo comma dell'articolo 2 della legge regionale n. 46/1986 dopo le parole << interesse civile >> sono inserite le parole << fatta eccezione per quelle di natura sanitaria e socio-assistenziale, >>.

Note:

1. Articolo abrogato da art. 79, comma 1, L.R. 14/2002