

## PARTE PRIMA

## LEGGI E REGOLAMENTI

Legge regionale 20 luglio 1989, n. 21.

**Piano socio-sanitario regionale 1989-1991.**

Il Consiglio regionale ha approvato

Il Commissario del Governo ha apposto il visto

Il Presidente della Giunta regionale

promulga

la seguente legge:

## PARTE I

## GENERALITÀ E ASSETTO ORGANIZZATIVO

## TITOLO I

## DISPOSIZIONI DI CARATTERE GENERALE

## Art. 1

## Oggetto della legge

1. La presente legge disciplina i criteri, gli obiettivi e le modalità della programmazione sanitaria nel Veneto per il triennio 1989-1991, consolidando gli effetti e aggiornando i contenuti della legge regionale 2 aprile 1984, n. 13, Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1984-1986, in conformità alle indicazioni derivanti dalla sua applicazione e dalle politiche di programmazione nazionale, nonché in coerenza con il Programma regionale di sviluppo.

2. È approvato il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1989-1991, che costituisce parte integrante della presente legge.

3. Per quanto riguarda il Piano, hanno valore prescrittivo le disposizioni che approvano le azioni settoriali, le azioni programmate, i progetti-obiettivo, i programmi, le azioni strumentali e le tabelle che concorrono alla realizzazione degli obiettivi della presente legge.

4. Per quanto non espressamente previsto nel Piano si intendono recepiti i contenuti e le indicazioni della legislazione nazionale e regionale in materia socio-sanitaria.

5. Il Piano ha durata e validità per il triennio 1989-1991; salvo diversa disposizione derivante da atti di legislazione o di programmazione sanitaria nazionale. Fino all'entrata in vigore del successivo Piano sanitario regionale mantengono piena validità le norme e le disposizioni del Piano stesso.

## Art. 2

## Obiettivi

1. Sono obiettivi del Piano:

- a) la tutela della salute individuale e collettiva, fisica e psichica, dei cittadini mediante interventi unitari finalizzati alla rimozione delle cause di nocività e malattia, potenziando in particolare le attività di prevenzione e riabilitazione;
- b) il progressivo superamento degli squilibri tra domanda

e offerta di servizi sanitari nelle diverse aree territoriali, con particolare riferimento alle aree marginali;

- c) l'integrazione e il coordinamento delle politiche di intervento sanitarie e socio-assistenziali;
- d) il raggiungimento di una più elevata efficacia e produttività del servizio sanitario regionale e di una maggiore qualificazione dei servizi;
- e) l'integrazione con l'assistenza della didattica e della ricerca espletata dalle facoltà di medicina.

## TITOLO II

## ASSETTO ORGANIZZATIVO

## Art. 3

Articolazione delle Unità locali socio-sanitarie  
in distretti di base

1. I comuni singoli o associati o le comunità montane, ai sensi del primo comma dell'articolo 25 della legge regionale 25 ottobre 1979, n. 78, articolano il territorio dell'unità locale socio-sanitaria in distretti, di norma coincidenti con uno o più comuni, salvo nei comuni capoluogo di provincia nei quali può essere prevista una articolazione di distretti che comprenda una popolazione di almeno 30.000 abitanti.

2. Allo scopo della definizione dei criteri territoriali e organizzativi dell'articolazione distrettuale, si individuano due tipologie di distretti:

- a) distretto di area urbana con popolazione non inferiore a 30.000 abitanti;
- b) distretto intercomunale.

3. Il distretto di area urbana di norma si articola organizzativamente in aree funzionali identificate in:

- a) area funzionale con competenze di igiene pubblica;
- b) area funzionale per la tutela della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva;
- c) area funzionale dell'assistenza sanitaria di base per la tutela dell'età adulta;
- d) area funzionale per le attività sociali e assistenziali.

4. Il distretto intercomunale si identifica con un raggruppamento di più comuni e frazioni, con un numero di abitanti non inferiore a 15.000 e, di norma, non superiore ai 30.000.

5. Al fine della definizione degli ambiti territoriali dei distretti intercomunali le unità locali socio-sanitarie tengono conto dei seguenti criteri:

- a) densità demografica e sua dinamica nel territorio, con particolare riguardo a zone montane e rurali;
- b) presenza di aree ad alto rischio;
- c) flussi gravitazionali per cause occupazionali e sociali;
- d) viabilità e sistema dei trasporti.

## Art. 4

## Deroghe ai criteri di distrettualizzazione

1. All'ambito territoriale del distretto di area urbana possono essere aggregati piccoli comuni limitrofi, per motivate ragioni di opportunità, legate alla presenza di vinco-

li o potenzialità socio-economiche, di viabilità e consolidata mobilità della popolazione.

2. È consentita la deroga al numero minimo degli abitanti previsti nel distretto intercomunale per particolari situazioni identificabili in:

- a) realtà montane o rurali con particolare dispersione della popolazione;
- b) realtà a particolare vastità territoriale e condizione geomorfologica critica;
- c) situazioni con presenza di collegamenti viari particolarmente difettosi o con variazioni stagionali di popolazione;
- d) situazioni socio-economiche particolari, quale quella determinata da alti tassi di invecchiamento.

3. Le deroghe dovranno essere esplicitamente motivate dall'unità locale socio-sanitaria nei programmi attuativi del presente Piano, di cui al successivo articolo 11.

#### Art. 5

##### Responsabile del distretto

1. Il responsabile del distretto è un medico, igienista o di formazione igienistico-organizzativa, dipendente del servizio sanitario nazionale.

#### Art. 6

##### Personale del distretto

1. Il personale del distretto, opera secondo criteri di interdisciplinarietà allo scopo di assicurare l'unitarietà e la globalità degli interventi e si distingue in:

- a) operatori costituenti l'equipe distrettuale, stabilmente allocati nei distretti;
- b) operatori che integrano l'equipe distrettuale, individuati dai settori centrali dell'unità locale socio-sanitaria, sentito il responsabile del distretto.

2. I dipendenti del servizio sanitario nazionale, costituenti una equipe distrettuale, a qualunque ruolo appartengano, sono posti in dipendenza funzionale del responsabile del distretto.

#### Art. 7

##### Attività distrettuali

1. Il distretto è la struttura tecnico funzionale mediante la quale, con riferimento all'area territorialmente pre-determinata, sono assicurate:

- a) le prestazioni di primo livello e di pronto intervento;
- b) l'educazione sanitaria del cittadino e della comunità;
- c) la raccolta e la diffusione dei dati per il funzionamento del sistema informativo;
- d) la partecipazione degli utenti.

2. Le attività distrettuali sono elencate nell'azione settoriale «i distretti socio-sanitari» del presente Piano.

3. Il responsabile del distretto, redige il programma annuale di attività del distretto, che viene approvato dall'ufficio di direzione e dal comitato di gestione dell'unità locale socio-sanitaria.

#### Art. 8

##### Igiene pubblica e veterinaria

1. Nelle materie di igiene pubblica e veterinaria i competenti settori delle unità locali socio-sanitarie capoluogo di provincia, hanno compiti di coordinamento tecnico nei confronti dei corrispondenti settori delle unità locali socio-sanitarie appartenenti al territorio provinciale, previsti nelle azioni settoriali: igiene pubblica e tutela dell'ambiente di vita e di lavoro e sanità pubblica veterinaria del presente Piano.

2. Sono abrogati il quarto comma dell'articolo 1 e l'articolo 22 della legge regionale 30 novembre 1982, n. 54.

3. Il primo comma dell'articolo 9, della legge regionale 16 aprile 1985, n. 33, è così sostituito:

«La Regione, le province, i comuni, le comunità montane e i consorzi esercitano le funzioni di vigilanza e controllo loro affidate mediante i propri uffici o avvalendosi del settore per l'igiene pubblica dell'unità locale socio-sanitaria competente per territorio.»

4. All'articolo 9 della legge regionale 16 aprile 1985, n. 33, dopo il quarto comma è aggiunto il seguente comma:

«Il responsabile del settore igiene pubblica dell'unità locale socio-sanitaria qualora venga a conoscenza di fatti di inquinamento ambientale, è tenuto a procedere direttamente agli accertamenti necessari, dandone immediato avviso all'ente titolare delle relative funzioni di vigilanza. Al termine dell'accertamento il responsabile del settore igiene ne comunica le risultanze all'ente competente.»

5. Il secondo comma dell'articolo 66 della legge regionale 16 aprile 1985, n. 33, è abrogato.

#### Art. 9

##### Responsabile delle attività specialistiche ambulatoriali

1. Il secondo comma dell'articolo 22 della legge regionale 7 marzo 1980, n. 13, è così sostituito:

«Nelle unità locali socio-sanitarie sede di capoluogo di provincia le attività specialistiche ambulatoriali extraospedaliere sono organizzate in un unico presidio poliambulatoriale cui è preposto un responsabile sanitario che fa parte dell'ufficio di direzione; alla direzione delle attività ambulatoriali svolte in sede ospedaliera è preposto il responsabile del presidio ospedaliero.»

2. Il terzo comma dell'articolo 22 della legge regionale 7 marzo 1980, n. 13, è così sostituito:

«Nelle altre unità locali socio-sanitarie, alla direzione delle attività ambulatoriali intra ed extraospedaliere è preposto il responsabile del presidio ospedaliero; quest'ultimo individuerà per ciascuna struttura un referente preposto alla gestione ordinaria.»

#### Art. 10

##### Assistenza specialistica ospedaliera: interventi sul piano organizzativo

1. Al presidio ospedaliero sono assicurati adeguati spazi di autonomia funzionale essenziali per l'efficace svolgimento del ruolo che deriva dalla concentrazione di

competenze professionali e risorse tecnologiche che in esso si sono consolidate. Le unità locali socio-sanitarie attivano, a tal fine all'interno del presidio ospedaliero:

- a) una funzione specifica di programmazione, mediante appositi gruppi di lavoro;
- b) un'unità operativa amministrativa, mediante un nucleo amministrativo organizzato in staff;
- c) l'attribuzione di un budget di presidio.

2. Con successivi provvedimenti la Giunta regionale provvede a definire le modalità organizzative dei gruppi di lavoro e degli staff per le finalità sopracitate.

3. L'ultimo comma dell'articolo 19 della legge regionale 7 marzo 1980, n. 13 è sostituito dal seguente:

«È soppresso il posto di direttore amministrativo. L'unità locale socio-sanitaria attiva un nucleo amministrativo di presidio ospedaliero, organizzato in staff, dimensionandolo secondo gli indirizzi di Piano, posto in dipendenza funzionale del responsabile del presidio e in collegamento con i settori centrali dell'unità locale socio-sanitaria.»

## PARTE II

### ATTUAZIONE E VERIFICA DEL PIANO

#### Art. 11

##### Piani attuativi di unità locali socio-sanitarie

1. Entro 120 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, ciascuna unità locale socio-sanitaria adotta e trasmette alla Giunta regionale il proprio piano attuativo per il triennio 1989-1991.

2. Il piano attuativo deve contenere la specificazione:

- a) delle previsioni, prescrizioni e indirizzi definiti dal presente Piano: con particolare riferimento alle azioni settoriali;
- b) della ridelimitazione territoriale dei distretti;
- c) dell'individuazione, ubicazione e dimensionamento di tutti i presidi e servizi;
- d) della struttura organizzativa dell'unità locale socio-sanitaria e relativa temporalizzazione delle azioni e degli interventi;
- e) del programma pluriennale di spesa e di investimento;
- f) della proposta di aggiornamento della pianta organica e del programma di copertura dei posti di pianta organica.

3. Il piano attuativo deve altresì contenere la definizione degli obiettivi dell'unità locale socio-sanitaria, per il triennio 1989-1991, in merito alle azioni orizzontali e strumentali.

#### Art. 12

##### Attribuzione degli enti locali

1. In sede di formulazione del piano attuativo, le unità locali socio-sanitarie, sulla base delle previsioni del Piano socio-sanitario regionale, individuano la localizzazione dei presidi e servizi sanitari e inviano, entro cinque giorni dall'approvazione, alla provincia o alle province, nel cui

territorio sono ubicati i presidi e i servizi, il documento perché sia approvato ai sensi dell'articolo 12 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, per le localizzazioni di competenza, entro 30 giorni dal ricevimento.

#### Art. 13

##### Programmi annuali di unità locali socio-sanitarie

1. Ciascuna unità locale socio-sanitaria, sulla base degli obiettivi indicati nel piano attuativo di cui all'ultimo comma dell'articolo precedente, entro il mese di ottobre dell'anno precedente a quello di riferimento, deve presentare alla Giunta regionale un programma annuale relativo:

- a) alle azioni orizzontali e alle azioni strumentali previste dal presente Piano;
- b) alle spese a destinazione vincolata e di investimento.

2. I programmi annuali delle unità locali socio-sanitarie contengono la specificazione dei contenuti e i tempi delle azioni a degli interventi, nonché il relativo fabbisogno finanziario e di personale, e l'assetto organizzativo specifico.

3. Contestualmente alla presentazione del piano attuativo di cui al precedente articolo 11 le unità locali socio-sanitarie presentano i programmi annuali relativi agli anni 1989-1990.

#### Art. 14

Procedure per l'adozione del piano attuativo triennale e dei programmi annuali delle unità locali socio-sanitarie

1. La Giunta regionale emana una direttiva per la formazione del piano attuativo.

2. La Giunta regionale entro 90 giorni dal ricevimento dei piani attuativi e dei programmi annuali delle unità locali socio-sanitarie esprime parere vincolante e comunica le eventuali modifiche da apportare per renderli coerenti con il Piano socio-sanitario regionale.

3. Entro 60 giorni dal ricevimento del parere di cui sopra, le assemblee delle unità locali socio-sanitarie adottano i definitivi provvedimenti deliberativi di competenza.

4. La Giunta regionale, sulla base degli obiettivi fissati dal Piano, della verifica dei risultati conseguiti dalle unità locali socio-sanitarie e delle risorse finanziarie disponibili, in relazione anche a documentate proposte espresse dal programma di attuazione delle unità locali socio-sanitarie, delibera, sentita la competente commissione consiliare, modifiche e integrazioni alle previsioni contenute nelle tabelle di Piano, procedendo in tal modo all'aggiornamento annuale del Piano stesso.

#### Art. 15

##### Relazione sanitaria annuale

1. Entro il mese di settembre di ogni anno la Giunta regionale adotta la relazione sanitaria regionale e la presenta al Consiglio regionale, ai sensi dell'articolo 49 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. Detta relazione regionale, formata sulla base delle informazioni e dei dati forniti dall'unità locale socio-sanitaria, contiene la verifica e la valutazione dell'attuazione

del Piano socio-sanitario regionale e costituisce la base informativa per le stesse unità locali socio-sanitarie nell'elaborazione dei piani attuativi e dei programmi annuali.

3. Le unità locali socio-sanitarie dovranno trasmettere alla Giunta regionale i dati e le informazioni necessari per la predisposizione della relazione sanitaria relativamente:

- a) alle condizioni di salute della popolazione;
- b) all'attività dei presidi e dei servizi;
- c) alla situazione economico-finanziaria;
- d) allo stato di attuazione dei piani attuativi e dei programmi annuali, corredati da una valutazione sul raggiungimento degli obiettivi o sugli scostamenti dei risultati ottenuti da quelli previsti.

4. I dati e le informazioni dovranno costituire il minimo contenuto informativo e valutativo della relazione sanitaria delle unità locali socio-sanitarie che le stesse devono trasmettere entro il 31 marzo di ciascun anno.

#### Art. 16

##### Servizio ispettivo regionale

1. Il servizio ispettivo regionale è utilizzabile nell'ambito della verifica dell'attuazione del Piano socio-sanitario regionale ed è deputato a effettuare con continuità una funzione ispettiva sulle unità locali socio-sanitarie, inerente gli aspetti normativi, economico-finanziari, economici, organizzativi e di funzionalità delle attività sanitarie e sociali.

2. L'attività ispettiva sarà svolta sia sotto il profilo della legittimità e congruenza formale delle scelte operative dell'unità locale socio-sanitaria, sia sotto quello della qualità ed efficacia dei servizi.

3. Il servizio ispettivo, che opera anche avvalendosi di apporti professionali esterni, redige appositi verbali, sulla base dei quali la Giunta regionale può adottare provvedimenti prescrittivi nei confronti delle unità locali socio-sanitarie.

#### Art. 17

##### Ripartizione del Fondo sanitario regionale

1. Per l'erogazione dei servizi sanitari nel triennio di piano sono disponibili le risorse finanziarie definite in sede di ripartizione del fondo sanitario nazionale, nonché le entrate dirette delle unità locali socio-sanitarie, al netto della quota destinata a investimenti, a sensi dell'articolo 25 della legge n. 730/1983 e successive modificazioni.

2. Il Fondo sanitario regionale di parte corrente è destinato a finanziare:

- a) le quote per spese correnti delle unità locali socio-sanitarie;
- b) le spese per la realizzazione dei progetti obiettivo;
- c) le spese per la realizzazione delle azioni strumentali;
- d) le spese per le attività sanitarie in gestione accentrata regionale;
- e) le spese per l'Istituto zooprofilattico sperimentale;
- f) le spese per le attività di sanità pubblica veterinaria.

3. Il Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1989-1991 determina i criteri per la ripartizione tra le unità locali socio-sanitarie delle quote citate.

4. Il Fondo sanitario regionale in conto capitale è destinato a finanziare:

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

5. Le unità locali socio-sanitarie devono accompagnare ciascun programma di investimento con una dettagliata descrizione dell'analisi costi/benefici, in relazione alle previsioni della programmazione sanitaria regionale e al proprio fabbisogno e in conformità al manuale di valutazione degli investimenti predisposto dalla Giunta regionale.

6. La Giunta regionale procede alla selezione e all'approvazione dei programmi e dei progetti di massima presentati da ciascuna unità locale socio-sanitaria. Nei casi di rilevanti investimenti la Giunta regionale potrà avvalersi, caso per caso, del parere consultivo di un nucleo di valutazione, coordinato dal segretario regionale per la sanità e i servizi sociali e composto da almeno 3 esperti esterni nominati, volta per volta, dalla Giunta regionale.

7. La Giunta regionale provvederà altresì a definire le quote di finanziamento ammesse per ciascun anno e per ciascun programma approvato, in relazione alle risorse disponibili.

#### Art. 18

##### Spese in conto capitale

1. Per le spese in conto capitale, con autorizzazione globale riferita al periodo pluriennale di validità predeterminato dal Piano socio-sanitario regionale, viene consentito, ai sensi dell'articolo 52, terzo comma, della legge regionale 9 dicembre 1977, n. 72 e successive modificazioni e integrazioni, di estendere l'impegno a più esercizi e fare riferimento ai singoli esercizi in ragione della quota dell'obbligazione complessiva che giunge prevedibilmente a scadenza in ciascuno dei singoli esercizi, nei limiti delle quote regionali assegnate o stanziare nel Fondo sanitario nazionale in conto capitale.

2. Le unità locali socio-sanitarie possono stipulare i contratti o assumere impegni nei limiti dell'intera somma autorizzata, fermo restando che i relativi pagamenti devono comunque essere contenuti nei limiti delle autorizzazioni annuali di bilancio.

#### Art. 19

##### Beni immobili e mobili

1. I beni immobili e mobili facenti parte del patrimonio dei comuni con vincolo di destinazione alle unità locali socio-sanitarie trasferiti dal patrimonio degli ex enti mutualistici e delle gestioni sanitarie soppressi o dal patri-

monio degli enti locali, degli enti ospedalieri e dagli altri enti di cui agli articoli 65 e 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, qualora non più destinati all'erogazione dei servizi o dismessi dall'uso sanitario ai sensi degli articoli 37 e 38 della legge regionale 25 ottobre 1979, n. 78, devono essere alienati e il ricavato è reimpiegato per il conseguimento degli obiettivi di investimento previsti dalla presente legge, nell'ambito dell'unità locale socio-sanitaria nella quale sono confluiti gli enti e le persone giuridiche già proprietarie dei beni costituenti il patrimonio stesso.

2. L'unità locale socio-sanitaria, accertate le condizioni di cui al comma precedente e individuate le forme di reimpiego, pone in essere tutte le procedure preliminari all'alienazione del bene, richiedendo altresì l'autorizzazione della Giunta regionale.

3. I comuni intestatari dei beni, sono tenuti ad adottare, in conformità alla determinazione della Giunta regionale, i necessari atti di alienazione.

4. I proventi e i redditi netti derivanti dalla gestione dei beni patrimoniali di cui al primo comma del presente articolo devono essere riversati entro quattro mesi dalla chiusura di ciascun esercizio, all'entrata del bilancio della competente unità locale socio-sanitaria, unitamente a una documentata dimostrazione contabile della gestione conseguita.

#### Art. 20

##### Sistema dei vincoli

1. Nell'arco del triennio 1989-1991 le unità locali socio-sanitarie sono vincolate a:

- a) conformare le proprie dotazioni strutturali e organizzative a quelle previste dalle tabelle allegare alla presente legge: le azioni di adeguamento strutturale, devono avvenire dando priorità alle disattivazioni;
- b) fornire le informazioni e i dati epidemiologici e organizzativi necessari ai sistemi informativi regionali e nazionali che per il livello regionale sono definiti con apposito provvedimento della Giunta regionale.

#### Art. 21

##### Assegnazione di personale a seguito di soppressione del posto

1. L'assegnazione di personale a seguito di soppressione del posto conseguente all'applicazione della presente legge avverrà secondo le modalità previste dall'articolo 29, dpr n. 761/1979 ultimo comma e articolo 21, punto B, dpr n. 270/1987.

2. Qualora il dipendente non trovi idonea collocazione nell'unità locale socio-sanitaria di appartenenza, la Giunta regionale provvederà all'individuazione e all'assegnazione in un posto di corrispondente profilo, posizione funzionale e disciplina, ove prevista, vacante in altra unità locale socio-sanitaria, previo parere favorevole della stessa.

3. In assenza di posti di corrispondente profilo, posizione funzionale e disciplina, ove prevista, nell'ambito della Regione, ovvero, in caso di mancata assegnazione ai sensi dei commi precedenti, il dipendente rimane in so-

prannumero nella unità locale socio-sanitaria di appartenenza fino al verificarsi del nuovo posto vacante.

4. I provvedimenti di modifica delle piante organiche sono sottoposti a preventive autorizzazioni da parte della Giunta regionale.

#### Art. 22

##### Poteri sostitutivi

1. La Giunta regionale, in caso di mancato rispetto delle prescrizioni e dei termini previsti dal presente Piano e in particolare dei vincoli di cui all'articolo 20 nonché in caso di gravi carenze dell'unità locale socio-sanitaria, tali da non consentire un corretto adempimento di compiti d'istituto, nomina un commissario ad acta.

#### Art. 23

##### Volontariato

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

2. Le unità locali socio-sanitarie, accertata la rispondenza delle associazioni di volontariato alle finalità e agli obiettivi del presente piano, provvedono a regolare i loro rapporti con le stesse, a mezzo di apposite convenzioni, restando fermo che le attività di volontariato non possono in nessun caso essere retribuite, salvo il rimborso delle spese direttamente sostenute dai volontari e la copertura assicurativa dei rischi specifici legati all'attività dagli stessi resa.

#### Art. 24

##### Norme finali e transitorie

1. Sono abrogati gli articoli 13, 14, 15 e 16 del capo II del titolo II della legge regionale 7 marzo 1980, n. 13 e la materia già disciplinata dagli stessi articoli è regolata dagli articoli 3, 4, 5, 6 e 7 della presente legge.

2. È abrogato il secondo comma dell'articolo 25 della legge regionale 25 ottobre 1979, n. 78.

3. Il progetto oncologico regionale approvato con legge regionale 23 aprile 1985, n. 34, mantiene validità per il triennio 1989-1991 e costituisce parte integrante del Piano socio-sanitario 1989-1991.

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, 20 luglio 1989

Bernini

*Allegato alla legge regionale 20 luglio 1989, n. 21 relativa a:*

**PIANO SOCIO-SANITARIO  
REGIONALE 1989-1991**

## INDICE

### PARTE I: AZIONI SETTORIALI

I.1.	I distretti socio-sanitari	pag. 5503
I.2.	L'igiene pubblica e la tutela dell'ambiente di vita e di lavoro	» 5512
I.3.	L'assistenza medica e pediatrica di base	» 5524
I.4.	L'assistenza farmaceutica	» 5528
I.5.	L'assistenza medico-specialistica ambulatoriale	» 5533
I.6.	L'assistenza specialistica ospedaliera	» 5538
I.7.	Le convenzioni con l'Università	» 5555
I.8.	Le strutture specialistiche ambulatoriali e di ricovero in convenzione	» 5555
I.9.	Il termalismo terapeutico	» 5561
I.10.	Sanità pubblica veterinaria	» 5562

### PARTE II: AZIONI ORIZZONTALI

II.1.	Azione programmata: tutelare la salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro	» 5568
II.2.	Azione programmata: prevenire e curare le malattie neoplastiche	» 5570
II.3.	Azione programmata: potenziare la sanità pubblica veterinaria	» 5573
II.4.	Progetto obiettivo: potenziare la tutela materno-infantile	» 5576
II.5.	Progetto obiettivo: tutelare la salute mentale	» 5583
II.6.	Progetto obiettivo: tutelare la salute degli anziani	» 5589
II.7.	Progetto obiettivo: la salute e la sicurezza sociale delle persone disabili	» 5596
II.8.	Progetto obiettivo: prevenire le tossicomanie, assistere e reinserire i tossicodipendenti	» 5600
II.9.	Programma: provvedere alle emergenze sanitarie	» 5606
II.10.	Programma: potenziare l'attività dei trapianti d'organo	» 5612
II.11.	Programma: sviluppo della riabilitazione	» 5615
II.12.	Programma: definitivo completamento del piano sangue	» 5617
II.13.	Programma: prevenzione e monitoraggio dell'A.I.D.S. e delle malattie infettive	» 5625
II.14.	Programma: tutela dell'attività sportiva	» 5629
II.15.	Programma: interventi per migliorare il rapporto tra servizi e cittadini	» 5630

### PARTE III: LE RISORSE

III.1.	Le politiche del personale	» 5634
III.2.	Il F.S.R.: spesa corrente	» 5636
III.3.	Il F.S.R.: spesa in conto capitale	» 5641

### PARTE IV: LE AZIONI STRUMENTALI

IV.1.	Educazione alla salute	» 5668
IV.2.	Ricerca Sanitaria Finalizzata	» 5670
IV.3.	Lo sviluppo del S.I.S.	» 5671
IV.4.	La formazione e l'aggiornamento del personale	» 5676
IV.5.	La verifica dell'attuazione del Piano e il servizio ispettivo regionale	» 5688

### TABELLE

Tabelle Presidio Ospedaliero UU.LL.SS.SS. 1-36		» 5690
Centri di Medicina Sociale		» 5834
Centri Regionali Specializzati		» 5835
Rieducazione Fonetica dei Laringectomizzati		» 5837

## PARTE I

### AZIONI SETTORIALI

#### I.1. I DISTRETTI SOCIO-SANITARI

Si riconferma, per il triennio 1989/1991, il ruolo del distretto sanitario di base inteso come struttura tecnico-funzionale preposta ad assicurare le prestazioni di primo livello e di pronto intervento, l'educazione sanitaria, la raccolta e la diffusione dei dati.

Il distretto socio-sanitario garantisce un insieme di azioni dirette alla collettività per prevenire le forme morbose, migliorare la salute fisica e psichica dei singoli, attraverso:

- l'individuazione dei fattori di rischio;
- il controllo degli stati di salute di gruppi di popolazione;
- gli interventi sugli individui.

In particolare, si riconferma l'impostazione del Piano 1984-1986 intendendo la struttura:

- orientata a finalità preventive;
- in grado di rispondere rapidamente e con efficienza ad esigenze clinico-terapeutiche di ampio impatto sociale;
- con funzione di filtro rispetto ai livelli di intervento successivi, evitando ricadute improprie con conseguente dispersione di risorse.

Mentre il triennio 1984/1986 è stato un importante momento di costituzione ed avvio della rete distrettuale, il presente piano 1989/1991 si propone di razionalizzare, l'assetto conseguito, per renderlo efficiente, attraverso le seguenti azioni:

- a) riassetto territoriale;
- b) riduzione quantitativa delle attività e loro più incisiva qualificazione;
- c) specificazione delle responsabilità;
- d) definizione degli standard di personale;
- e) integrazione con gli altri servizi e presidi dell'U.L.S.S.

##### I.1.1. Riassetto territoriale e organizzativo

L'esperienza maturata in questi anni impone l'esigenza di rivedere l'attuale distrettualizzazione sia sul piano della delimitazione territoriale - determinatasi su basi demografiche troppo limitate - che su quello organizzativo.

In particolare, sotto quest'ultimo profilo, si pongono difficoltà nelle aree urbane per quanto riguarda:

- l'identificazione del distretto con l'ambito istituzionale del Comune e la conseguente possibilità per l'Amministrazione Comunale di disporre della conoscenza, e di un referente, relativamente allo stato di salute della popolazione ed allo stato dei servizi;
- le necessarie interrelazioni con l'ambito del servizio sociale di base;
- l'individuazione univoca delle sedi distrettuali da parte della popolazione.

In questa logica, per superare i limiti suddetti, si individuano due tipologie di distretti socio-sanitari, ferma restando la necessità di assicurare sedi operative decentrate per l'accesso ai cittadini nonché modalità di lavoro delle équipes distrettuali che garantiscano la presa in carico dell'utente con metodologie di lavoro fondate sull'integrazione dei differenti apporti professionali e dei diversi servizi, sulla base della programmazione delle attività (Programma annuale di distretto) e del metodo di lavoro per obiettivi. Le tipologie di distretto socio-sanitario riguardano:

**Fascia A) Area urbana ad alta omogeneità e densità di popolazione.**

Il distretto si identifica di norma con la città che diventa "unico distretto urbano". Numero minimo di abitanti: 30.000.

Il distretto urbano si articolerà, organizzativamente per aree funzionali che, di norma, saranno identificate in:

- 1) Area funzionale con competenze di igiene pubblica;
- 2) Area funzionale per la tutela della maternità, dell'infanzia e dell'età evolutiva;
- 3) Area funzionale dell'assistenza sanitaria di base per la tutela dell'età adulta;
- 4) Area funzionale per le attività sociali ed assistenziali.

L'insieme delle aree funzionali che compongono il distretto urbano, attraverso i rispettivi responsabili, provvedono obbligatoriamente ed annualmente a redigere il programma annuale del distretto che sarà approvato dall'ufficio di direzione e dal Comitato di gestione dell'ULSS.

Ogni area funzionale garantirà, nelle strutture sanitarie urbane sedi di attività distrettuali di più aree funzionali opportunamente decentrate sul territorio dei quartieri, il massimo raccordo tra operatori delle diverse aree onde consentire sia il migliore utilizzo della struttura sia l'integrazione tecnica necessaria alla migliore efficacia delle prestazioni.

**Fascia B) Aggregazione intercomunale a bassa omogeneità di popolazione.**

Distretto intercomunale che raggruppa più comuni o frazioni.

Numero di abitanti: non inferiore ai 15.000 e, di norma, non superiore ai 30.000.

L'organizzazione rimane quella attuale, con équipes distrettuali uniche che operano a livello comunale.

L'équipe, attraverso il rispettivo responsabile, provvede obbligatoriamente a redigere il programma annuale di distretto che sarà approvato dall'ufficio di direzione e dal comitato di gestione dell'ULSS.

Il perseguimento delle tipologie delineate dovrà avvenire con la necessaria gradualità e sperimentazione, tenendo conto che, rispetto alla ridefinizione dei distretti socio-sanitari della Regione è consentito derogare nel numero degli abitanti previsti nella fascia B per particolari situazioni che, di norma, sono individuabili in:

- realtà montane o rurali con distretti montani o rurali che per la particolare dispersione della popolazione, la vastità territoriale, la condizione geografica, abbiano l'esigenza di scendere sotto ai 15.000 abitanti per consentire un livello minimo di assistenza di base;
- particolari e motivate ragioni quali collegamenti viari difficoltosi, variazioni stagionali di

popolazione per motivi turistici ecc.;

- particolari condizioni socio-economiche quali, ad esempio, l'anomalo, rispetto al dato medio regionale, invecchiamento della popolazione che "peserà", quindi, di più rispetto alle esigenze socio-sanitarie di base.

Le deroghe dovranno essere sempre esplicitamente motivate dall'ULSS all'interno dei programmi zionali attuativi del presente piano ed avere obbligatoriamente la preventiva autorizzazione regionale.

Per quanto attiene, invece, ai distretti delle aree urbane di cui alla fascia A) il modello organizzativo e territoriale proposto rappresenta un obiettivo tendenziale del presente Piano, il cui perseguimento potrà essere agevole nel caso di città di relativamente modesta entità demografica (quali, ad esempio, Belluno o Rovigo) e più problematico e graduale in aree metropolitane ove peraltro, in qualche caso, tale processo di compattamento della realtà urbana è già stato avviato (ad esempio a Padova).

In ogni caso, per queste realtà, può essere assunto il modello organizzativo di cui alla fascia A) laddove si aggregino entità demografiche significative (almeno 30.000 abitanti) valutando altresì l'opportunità di inserire (o mantenere) nell'ambito distrettuale urbano il territorio di piccoli Comuni circostanti.

### I.1.2. Il responsabile del distretto

Si ritiene indispensabile superare l'attuale figura del "coordinatore" individuando un "Responsabile di distretto", con piena titolarità, in grado di garantire la massima funzionalità della struttura ed il migliore raccordo ed integrazione tra le diverse figure professionali componenti l'area funzionale o l'équipe pluridisciplinare nel raggiungimento degli obiettivi previsti dall'annuale programma distrettuale.

A tale Responsabile di distretto faranno capo "sul piano funzionale" gli operatori del distretto.

La Regione si impegna, nell'ambito delle leggi e dei contratti, a garantire al responsabile distrettuale tutti gli incentivi possibili, economici e non, atti a consolidarne il ruolo e la titolarità.

Stante le specificità, complessità e caratteristica delle funzioni il responsabile di distretto dovrà essere un medico, possibilmente igienista o di formazione igienistica ed organizzativa, "dipendente" del Servizio sanitario regionale.

- A) **Distretto urbano** — Il responsabile del distretto dovrà essere un medico con un curriculum formativo dalle caratteristiche sopraddette.

Per ogni area funzionale dovrà essere individuato un responsabile di area, medico, tranne che per il responsabile delle attività sociali ed assistenziali.

- B) **Distretto intercomunale** — Anche per questo tipo di distretto il responsabile dovrà essere un medico, con il curriculum formativo dalle caratteristiche sopraddette.

In entrambi i casi il responsabile del distretto dovrà essere informato dei capi settore delle attività non distrettuali, ma crogate a livello di distretto, dei settori centrali di attività dell'ULSS, concertando le necessarie integrazioni funzionali.

### 1.1.3. Attività distrettuali

Occorre consolidare il momento distrettuale concependolo maggiormente come "struttura fisica ed organizzativa", privilegiando la fattibilità, in senso "quantitativamente" riduttivo ma "qualitativamente" più incisivo.

Le attività proprie del distretto sono:

#### ASSISTENZA SANITARIA

Suddivisibile nelle attività di:

- assistenza medico generica;
- assistenza pediatrica di base;
- assistenza pediatrica consultoriale;
- assistenza ginecologica e ostetrica consultoriale;
- assistenza ostetrica di base;
- assistenza infermieristica ambulatoriale;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- prelievi domiciliari per esami di laboratorio;
- terapia iniettiva;
- gestione delle dimissioni ospedaliere protette;
- assistenza odontoiatrica.

#### MEDICINA LEGALE

Le attività si identificano in:

- certificazioni mediche e accertamenti medico legali non collegiali previsti da leggi e regolamenti;
- visite necroscopiche;
- adempimenti di polizia mortuaria;
- collaborazione con il Settore Igiene per il controllo sull'esercizio delle professioni ed arti ausiliarie.

#### PROFILASSI MALATTIE INFETTIVE

Rientrano tra le competenze distrettuali:

- le vaccinazioni obbligatorie e volontarie di tipo comune (con esclusione di quelle riferite alla profilassi internazionale) con gestione di schedario e invio inviti alla vaccinazione;
- compilazione statistiche sulle vaccinazioni e successiva trasmissione al settore;
- la sieroprofilassi;
- inchieste epidemiologiche in caso di malattie infettive;
- prelievo di campioni per accertamenti biologici;
- rilascio del libretto sanitario;
- controllo dei portatori di agente di malattia infettiva;
- profilassi delle malattie infettive nelle scuole e asili nido;

- controllo sulla refezione scolastica;
- controllo sullo stato di salute degli insegnanti e del rimanente personale scolastico;
- accertamenti sierologici e trattamenti terapeutici per le malattie veneree ai sensi della Legge 837/56 e D.P.R. 2056/62;
- inchieste epidemiologiche per i morsicati da animali, in collegamento con il distretto veterinario o il settore veterinario;
- indagini tubercoliniche, altri accertamenti profilattici e vaccinazione antitubercolare.

#### TUTELA DALL'INQUINAMENTO IDRICO, ATMOSFERICO E DA AGENTI CHIMICI E FISICI

Pur essendo la materia gestita a livello centrale, competerà al Distretto specificatamente:

- l'acquisizione di istanze o segnalazioni dei cittadini e dei dati relativi agli inconvenienti lamentati;
- collaborazione all'esecuzione di interventi di vigilanza che richiedono prestazioni di 1° livello eventualmente disposti dal Settore;
- interventi di supporto al Settore nella realizzazione di piani di intervento programmati dal Settore stesso;
- collaborazione con il Settore per il censimento delle attività esistenti;
- l'azione informativa ed educativa presso la popolazione sulle problematiche locali.

#### IGIENE EDILIZIA, SUOLO E ABITATO

Sono distrettualizzabili le seguenti attività:

- rilascio di certificazioni di antiigienicità e/o sovraffollamento degli alloggi su richiesta dei Comuni o di privati per l'assegnazione di alloggi di Edilizia economico-popolare;
- parere sanitario, con relativo sopralluogo, per il rilascio di certificati di abitabilità ed usabilità degli edifici destinati a civile abitazione, uffici, negozi, alberghi, ecc. con esclusione del parere relativo all'agibilità di edifici destinati ad insediamenti produttivi, industriali ed artigianali e ad allevamenti zootecnici;
- vigilanza, in base ai programmi predisposti dal Settore e/o su segnalazione di cittadini, sugli edifici pubblici e privati, in relazione alle varie condizioni di utilizzo e successivo riferimento al Settore;
- collaborazione con il Settore per il censimento delle attività estrattive in atto e cave abbandonate;
- collaborazione con il Settore per la compilazione delle mappe di rischio ambientale ed il contenimento od eliminazione dei rischi ambientali;
- sorveglianza igienica sul sistema di raccolta e smaltimento dei rifiuti solidi urbani;
- attività di informazione sanitaria nei confronti della popolazione sulle problematiche locali.

#### SERVIZIO PREVENZIONE, IGIENE E SICUREZZA NEGLI AMBIENTI DI LAVORO

Sono di competenza del distretto:

- esecuzione delle visite mediche preventive per il rilascio del libretto di lavoro;
- esecuzione su richiesta del settore delle visite mediche preventive e periodiche annuali degli adolescenti;

- collaborazione con il Settore nell'acquisizione di dati su infortuni sul lavoro e malattie professionali;
- attività di Educazione Sanitaria da svolgere secondo le indicazioni del Settore;

#### ASSISTENZA SOCIALE

Attività delegate comprese:

- attività Socio-assistenziali presso presidi residenziali;
- assistenza domiciliare a tutta la popolazione in stato di necessità, dai minori agli anziani, al singolo, alla famiglia;
- erogazione di assistenza economica;
- adempimento per l'adozione e l'affidamento;
- registrazione richieste e segretariato sociale.

#### ATTIVITA' DI SEGRETERIA AMMINISTRATIVA

Questa attività, a supporto del complesso degli interventi distrettuali, può essere scomposta in tre diversi momenti operativi.

- A) Supporto al responsabile del distretto per:
- la programmazione del lavoro;
  - la gestione del personale;
  - la gestione del materiale di consumo.
- B) Supporto alle attività rivolte alla popolazione per:
- scelta e revoca del medico e del pediatra di base;
  - recepimento richieste di intervento;
  - prenotazioni;
  - informazioni.
- C) Supporto agli operatori distrettuali per:
- raccolta e tenuta documentazione (Archivi).

#### ATTIVITA' INTEGRATIVE EROGATE DAL LIVELLO CENTRALE PARZIALMENTE ATTRAVERSO IL DISTRETTO

Si ritiene in questo ambito di evidenziare quelle attività che per una maggiore efficacia hanno esigenza di un loro decentramento, sia per seguire nel proprio ambiente di vita l'utenza sia per parzialmente completare l'intervento degli operatori distrettuali.

In questo ambito comprendiamo:

- la psichiatria per le particolari esigenze di integrazione e completamento col resto dell'attività sanitaria di base e di assistenza domiciliare;
- la tossicodipendenza, particolarmente utile si presenta la distrettualizzazione come momento di conoscenza del fenomeno e di prevenzione;
- la neuropsichiatria infantile. In particolare per gli aspetti che coinvolgono la fascia scolare dell'età evolutiva;

- il recupero e la rieducazione funzionale.  
Per particolari esigenze domiciliari o nelle residenze protette;
- l'igiene ambientale. Per gli aspetti di controllo e vigilanza non ricompresi tra le attività proprie del distretto.

## ATTIVITA' COMUNI

Tagliano orizzontalmente tutte le attività distrettuali due importanti attività:

- l'educazione sanitaria per la cui trattazione si rinvia alla specificazione programmatica;
- il Sistema Informativo per cui si rinvia allo specifico capitolo del presente Piano.

### I.1.4. Le sedi distrettuali

#### A) Distretto urbano

La sede centrale dovrà tendere ad identificarsi con la sede centrale dell'ULSS o di un settore.

Le sedi periferiche corrispondono ai punti dove si erogano prestazioni.

Nell'ambito dei Piani attuativi dell'ULSS verranno definiti tempi e modalità atte a garantire la presenza di sedi di erogazione delle prestazioni distrettuali per ogni realtà territoriale consistente che compone la città stessa.

#### B) Distretto intercomunale

Si mantiene l'attuale logica organizzativa che prevede una sede distrettuale centrale nel Comune capofila e sedi ambulatoriali in base alle necessità di erogazione delle prestazioni.

### I.1.5. Il personale

Si ritiene inderogabile la distinzione tra:

#### A) operatori costituenti l'équipe distrettuale.

Dovranno essere tendenzialmente "residenti" per quanto attiene i distretti intercomunali ed essere ripartiti per aree funzionali nei distretti urbani.

Essi sono:

- medico funzionario igienista;
- medico di base (di medicina generale e di pediatria di libera scelta);
- personale infermieristico - suddiviso nelle diverse qualifiche (inf. professionale, vigilatrice d'infanzia, ostetrica, assistenti sanitarie);
- assistente sociale;
- assistente domiciliare;
- amministrativi.

#### B) operatori che integrano l'équipe distrettuale.

Questi operatori saranno decisi dai settori centrali in raccordo col personale stabile di distretto onde garantire la massima operatività possibile.

Cli standards di dotazione di personale sono indicati al capitolo relativo al personale.

Tali standards tendenziali sono da intendere come standard medi regionali. I piani di attuazione zonali, tenendo anche conto delle caratteristiche del proprio territorio, potranno incrementarli o diminuirli, considerando i seguenti indici:

Indice di vecchiaia	I.V.	$\frac{P. 65}{P. REG.}$	X 100
Indice di carico sociale	I.D.	$\frac{P. (0/14) + P. (65)}{P. (15/65)}$	X 100
Quoziente grezzo di natalità	Q.N.	$\frac{N. VIVI}{P. MEDIA}$	X 1000
Quoziente grezzo di fecondità	Q.F.	$\frac{N. VIVI}{P. FEMM. 15/50}$	X 1000

#### I.1.6. I medici di base

I medici di Medicina Generale e specialisti pediatri di libera scelta si caratterizzano come operatori capillarmente presenti sul territorio. Essi sono figure centrali nell'attività medica di base, in una compiuta integrazione con i servizi e le altre figure professionali distrettuali.

Il presente Piano intende impegnare le ULSS, nell'ambito dei programmi attuativi annuali, a sviluppare politiche sanitarie dirette alla integrazione di questi medici nel livello distrettuale, attraverso progetti mirati decisi dal livello regionale e finalizzati a questo obiettivo.

Alla base di questi progetti deve essere posta la scelta di mantenere elevato il livello di professionalità e di conoscenza sulle materie che impegnano il medico del territorio.

Il presente Piano individua, come momento di avvio, tre ambiti, su cui inserire dei progetti pilota:

- 1) L'uso del farmaco;
- 2) Ricerca epidemiologica connessa con l'avvio sperimentale della cartella clinica computerizzata;
- 3) L'educazione alimentare ed i riflessi sui momenti di prevenzione.

Le ULSS potranno definire, nei propri programmi attuativi, la rete degli ambulatori dei medici di base come punti di erogazione di prestazioni distrettuali, e contestualmente, rendere disponibili le sedi distrettuali per le attività di medicina di base.

Questa scelta potrà essere agevolata utilizzando gli strumenti forniti dalle normative vigenti.

### I.1.7. Partecipazione

Si conferma lo stretto rapporto tra distretto e partecipazione del cittadino.

Considerata la modifica delle tendenze partecipative in atto questo rapporto dovrà essere privilegiato nei confronti delle associazioni di volontariato ed autotutela che saranno coinvolte attraverso i programmi annuali di distretto o progetti pilota regionali.

### I.1.8. La valutazione

Il piano distrettuale del presente triennio, considerate le modifiche metodologiche ed organizzative in atto, ivi compreso l'avvio di un sistema informativo regionale capillarizzato in grado di fornire i dati necessari, pone tra i propri obiettivi la costruzione di "Indicatori", basati sui dati storici, che costituiranno il riferimento valutativo per il prossimo triennio.

La Regione individuerà i dati finalizzati a costruire questi metri di misura per il raffronto tra attività di base e ricadute sullo stato di salute.

Nel presente triennio saranno considerati, come "indicatori di risultato" gli interventi organizzativo-strutturali.

In particolare si individuano:

- 1) Il numero di programmi distrettuali approvati dagli organi di gestione che dovranno tendere ad impegnare la totalità delle ULSS;
- 2) La ridefinizione della rete di distretti urbani e la formalizzazione delle aree funzionali;
- 3) Il completamento delle équipes distrettuali residenti superando le condizioni di precarietà e con le variazioni numeriche possibili previste dal presente Piano;
- 4) Il numero ed i contenuti dei progetti pilota attivati.

### I.1.9. Integrazione sociale-sanitario (Progetti obiettivi)

Con riferimento all'integrazione dei servizi prevista nel Piano socio-assistenziale si conferma l'utilizzo dei progetti-obiettivo quale strumento finalizzato all'integrazione.

Infatti con detto strumento, che individuando fasce di persone organizza e finalizza risorse sanitarie e sociali al raggiungimento di comuni obiettivi, è possibile gestire, a livello di ULSS, servizi unitari ed erogare interventi comuni sulle stesse fasce di popolazione.

Data la struttura organizzativa delle ULSS del Veneto si ritiene che sussistano le condizioni per un sistema strutturato ed integrato di gestione di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali.

Lo strumento attuativo ed operativo è riconducibile al lavoro integrato, pluriprofessionale, attraverso il seguente percorso:

- a) scelta di obiettivi comuni tra il sociale ed il sanitario;
- b) individuazione del modello organizzativo in grado di perseguire gli obiettivi;
- c) scelta delle metodologie di lavoro;
- d) scelta degli strumenti: équipe interprofessionale;
- e) formazione degli operatori coinvolti nella realizzazione dei progetti;
- f) verifica del lavoro.

Quanto esposto deve trovare validazione, in primo luogo, nella volontà politica dell'amministrazione dell'ULSS ad attuare l'integrazione come metodo di governo e quindi come strumento di gestione.

Progetti obiettivo sanitari possono diventare così socio-sanitari e, viceversa, progetti socio-sanitari possono diventare progetti sanitari.

Il tutto va verificato dalla lettura attenta degli obiettivi e dalla loro trasformazione correlata alla formazione delle professionalità degli operatori in rapporto alle metodologie di lavoro.

Pertanto nella realizzazione dei progetti-obiettivo previsti dal Piano sanitario sarà seguito il percorso programmatico indicato.

Le ULSS nel proporre i progetti obiettivo dovranno individuare: gli obiettivi, i modelli organizzativi, le metodologie, gli strumenti, i costi e le modalità di verifica.

## 1.2. L'IGIENE PUBBLICA E LA TUTELA DELL'AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO

Nel triennio 1989/91 si persegue l'adeguamento delle capacità operative dei settori preposti all'igiene pubblica ed ambientale all'esigenza di elevare la conoscenza dello stato dell'ambiente di vita e di lavoro ed a qualificare, conseguentemente, le attività preventive.

L'obiettivo generale dell'innalzamento qualitativo e quantitativo dei servizi deve concretizzarsi nell'accrescimento della capacità delle USSL di seguire il rapporto tra le condizioni ambientali e lo stato di salute della popolazione diventando un soggetto attivo nella valutazione di impatto ambientale, dotandosi di quelle strumentazioni tecniche - ormai inderogabili - quali mappe di rischio, indicatori di verifica, indagini epidemiologiche:

In particolare, questo obiettivo, nel corso del triennio dovrà attivarsi seguendo due orientamenti strettamente coordinati tra di loro.

Il primo, prioritario, teso ad implementare gli interventi preventivi attraverso:

- lo sviluppo del controllo e della vigilanza;
- l'incremento dei momenti conoscitivi;
- l'intervento diretto nei settori propri delle ULSS quali le attività di profilassi;
- il ruolo di supporto ad altri momenti istituzionali che hanno compiti gestionali.

Il secondo, teso ad applicare la normativa esistente, ovvero i compiti di istituto, perseguendo sia l'obiettivo di evitare aree di "non applicazione", sia quello di avere servizi impegnati solo su questi compiti.

In quest'ambito il presente Piano evidenzia la necessità di supportare l'attività delle ULSS attraverso una adeguata azione strumentale regionale sugli aspetti informativi e conoscitivi che vede:

- a) La creazione di un Sistema Informativo per le attività e la prevenzione negli ambienti di vita e di lavoro, all'interno del S.I. più generale, come "sottosistema" articolato in tre livelli:
  - 1) Regionale — Assessorato alla Sanità regionale inteso come banca dati, raccordato con l'Assessorato Regionale all'ambiente e alla protezione civile a supporto delle attività di osservazione, controllo, programmazione regionali;

- 2) Intermedio, istituito presso le ULSS capoluogo di provincia con la funzione di "concentratori e selettori" dei dati;
  - 3) Di base, istituito in ogni ULSS.
- b) La creazione di un Osservatorio Epidemiologico Regionale per l'Igiene Pubblica e la tutela dell'ambiente di vita e di lavoro, collocato nell'ambito dell'Assessorato Regionale che dovrà verificare costantemente sotto il profilo dell'efficacia il rapporto situazione ambientale/interventi in atto e, sotto il profilo qualitativo, il rapporto adempimento di legge/risultati conseguiti.

Esso dovrà essere costituito da tecnici qualificati dei Servizi di Igiene pubblica, S.P.I.S.A.L. e dei P.M.P. e da tecnici funzionari regionali e da esperti esterni.

Il suo duplice compito consisterà nell'acquisire progressivi elementi di conoscenza e valutazione, su base regionale, dello stato dell'ambiente di vita, di lavoro e di salute della popolazione e nel fornire supporto tecnico-scientifico al momento ispettivo e di controllo sull'applicazione corretta della normativa da parte dei diversi momenti istituzionali coinvolti nella tutela ambientale.

### 1.2.1. L'assetto organizzativo

#### La ridefinizione del ruolo delle ULSS

Si ribadisce il ruolo delle ULSS come:

- momento di controllo e vigilanza sull'ambiente di vita e di lavoro e sull'Igiene Pubblica;
- strumento tecnico fondamentale (anche se non esaustivo) di altri livelli istituzionali (Province, Comuni) per gli interventi sull'ambiente;
- momento competente ad individuare ed intervenire sulle situazioni derivanti dal rapporto tra l'ambiente di vita e di lavoro e lo stato di salute dei cittadini.

In particolare per quanto attiene il rapporto con altri livelli istituzionali (Province e Comuni) il presente Piano individua, onde consentire un approccio ai problemi più efficace, omogeneo ed organizzato, la C.T.P.A. (Commissione Tecnica Provinciale Ambiente) quale sede atta a garantire questi obiettivi, attraverso un'operatività costante e programmata sulla base di un apposito Piano di attività annuale.

Specificatamente la C.T.P.A. elabora proposte:

- sulle linee di salvaguardia ambientale prioritarie per ogni territorio provinciale;
  - sui criteri di raccordo tra i diversi livelli istituzionali atti a garantire il migliore risultato. Tali criteri dovranno essere definiti "preventivamente" agli interventi;
  - sulla definizione di "protocolli" tecnici comuni di intervento, specie per l'emergenza;
- ed esprime pareri sulle materie di propria competenza previste dalla legge regionale n. 33/1985.

In particolare, per quanto attiene il rapporto con i comuni, il presente Piano ravvisa l'urgenza di uno strumento che garantisca omogeneità e linearità dei rapporti Comuni ed ULSS. Questo strumento viene individuato in un aggiornato regolamento di Igiene Comunale, da approvarsi nel triennio, su una bozza tipo che verrà predisposta dalla Regione.

#### Il rapporto Regione-ULSS

Considerata l'esigenza di garantire uno stretto rapporto tra la Giunta regionale e le ULSS, si costituisce un comitato di coordinamento regionale a supporto e con funzione di indirizzo delle attività di istituto e degli eventuali gruppi di lavoro o commissioni specificatamente attivate, composto da:

- Il Responsabile del Servizio regionale dell'Igiene Pubblica, che lo presiede, con i relativi referenti per materia o area di attività;

- I capi settore di igiene pubblica dei capoluoghi di provincia, integrati da rappresentanti dei settori veterinari;
- I coordinatori dei P.M.P.

Questo comitato permanente potrà richiedere inoltre la partecipazione di figure tecniche che si ritengono di volta in volta necessarie.

Spetta al comitato stesso garantire l'espletamento delle funzioni già individuate per l'osservatorio epidemiologico regionale e sviluppare uno stretto rapporto tecnico con i dipartimenti regionali all'Ambiente e alla protezione civile.

### Il Coordinamento tra le ULSS della Provincia

Il presente Piano, allo scopo di:

- razionalizzare gli interventi;
- definire metodologie comuni;
- analizzare in termini omogenei problematiche non risolvibili in ambiti territoriali limitati;
- garantire il massimo utilizzo delle risorse;
- affrontare adeguatamente le emergenze,

costituisce un Comitato di Coordinamento fra i Settori di Igiene Pubblica della Provincia composto dai singoli responsabili di settore, dai responsabili delle sezioni dei P.M.P., dal responsabile del Settore della Veterinaria e dal responsabile dello SPISAL dell'ULSS capoluogo.

Il Comitato è coordinato dal responsabile del Settore di Igiene Pubblica del capoluogo di Provincia.

Il Comitato ed il suo coordinatore dovranno essere dotati dei supporti amministrativi e tecnici idonei ad operare.

Il Comitato ed il coordinatore avranno compiti di:

- Elaborare direttive tecniche di gestione per le ULSS della Provincia, da proporre alla Giunta Regionale, nel caso in cui se ne ravvisi l'opportunità specie nelle materie quali la tutela delle acque, l'inquinamento atmosferico, il trattamento dei rifiuti, in cui una soluzione ottimale difficilmente è individuabile a livello di singola ULSS;
- Definire protocolli congiunti atti ad omogeneizzare gli interventi e le procedure delle diverse ULSS provinciali;
- Indicare le priorità e valutare, prima della trasmissione alla Regione, gli atti essenziali per una corretta gestione programmatoria, riguardanti in particolare:
  - i programmi mirati di prevenzione;
  - i Piani attuativi per la parte di competenza;
  - le priorità di ammodernamento tecnologico ed aggiornamento delle P.O.;
  - i criteri del rapporto Servizi/P.M.P.;
- Supportare i settori delle singole ULSS della Provincia laddove particolari e gravi situazioni locali richiedano soluzioni straordinarie.

### Il rapporto tra servizi delle ULSS

La Giunta Regionale emanerà, entro il 1989, il Regolamento "tipo" dei servizi afferenti al Settore dell'Igiene Pubblica, contenente la definizione dei rapporti funzionali tra di essi, allo scopo di

favorire l'integrazione delle competenze e delle risorse dei servizi sulla base di progetti per la prevenzione e la tutela dell'ambiente.

Il Regolamento tipo dovrà essere recepito dai Comitati di Gestione delle ULSS, che approveranno i rispettivi regolamenti di ULSS, previa acquisizione del parere favorevole da parte della Giunta regionale sulle eventuali modifiche, proposte sulla base di precise e motivate esigenze di ordine locale.

#### **Istituzione generalizzata degli SPISAL in tutte le ULSS**

I campi e le prospettive che allargano e rimodellano gli spazi "tradizionali" di azione degli SPISAL impongono che la loro istituzione sia prevista in tutte le ULSS.

#### **I Presidi Multizonali di Prevenzione (PP.MM.PP.)**

I PP.MM.PP. mantengono il loro ruolo di strutture tecniche/laboratoristiche di riferimento e di livello qualitativamente elevato che rispondono alle richieste, secondo metodologie definite e concordate dal Comitato di coordinamento provinciale.

Considerata la valenza tecnica e la professionalità espressa compartecipano, attraverso la propria dirigenza, al formarsi delle decisioni contribuendo, col loro inserimento nei diversi organismi:

- ad incrementare il bagaglio conoscitivo;
- all'elaborazione delle scelte e delle priorità;
- alle iniziative di prevenzione;
- alla stesura degli strumenti di programmazione.

Il presente Piano riconosce l'urgenza di una maggiore autonomia a queste strutture. In particolare, onde superare gli attuali limiti, ad ogni P.M.P. deve essere garantita una autonomia amministrativa dai servizi centrali sia nelle prassi economico-finanziaria che tecnica-economale per quanto attiene la gestione "corrente" della struttura.

A questo fine in ogni P.M.P. viene organizzata un'attività amministrativa con un adeguato numero di unità di personale.

La direzione dei PP.MM.PP. viene affidata ad un responsabile di Sezione scelto dal Comitato di Gestione, su proposta dell'Ufficio di Direzione, secondo criteri che evidenzino professionalità, curriculum formativo, attività didattica, scientifica, pubblicitaria.

Il responsabile del P.M.P. resterà in carica per un triennio.

La Giunta Regionale alla Sanità promuoverà corsi di aggiornamento finalizzati alle metodologie organizzative per i Direttori di Sezione dei PP.MM.PP.

Le sezioni previste dal Piano 84/87 entro il triennio 89/91 dovranno essere completate.

#### **I.2.2. Le attività dei servizi per l'igiene pubblica e la tutela ambientale**

Le attività espletate per il controllo dell'igiene pubblica e dell'ambiente sono suddivisibili in tre grandi aree:

- 1) Aree di attività rivolte alla persona;
- 2) Aree di attività dell'ULSS, rivolte a garantire il controllo e la vigilanza su:
  - le acque destinate al consumo umano;

- le acque di balneazione;
- gli alimenti;
- l'igiene edilizia;
- l'igiene cimiteriale;
- la profilassi delle malattie infettive.

3) L'area di attività rivolta alla tutela ambientale in cui le ULSS partecipano con altri soggetti istituzionali.

Per quanto attiene il rapporto attività/livelli di prestazione il presente Piano le suddivide in tre momenti:

- Livello periferico (distrettuale) già esposto al capitolo precedente;
- Livello zonale o centrale (Servizio Igiene Pubblica);
- Livello di attività sovrazonali (P.M.P.).

#### I.2.2.1. Analisi delle funzioni dei servizi zonali di igiene pubblica

Le funzioni attribuite al Servizio Igiene Pubblica sono enunciate all'art. 1 della Legge Regionale 31/5/1980 n. 78 e comprendono in particolare quelle concernenti:

- la profilassi delle malattie infettive e diffuse;
- la promozione ed il coordinamento di indagini epidemiologiche su base locale;
- l'attuazione di programmi di educazione sanitaria relativi all'igiene e sanità pubblica;
- la tutela igienico-sanitaria della produzione, manipolazione, commercio, trasporto, lavorazione, vendita, somministrazione delle sostanze alimentari e bevande e dei relativi additivi, coloranti, surrogati, succedanei;
- la tutela dell'ambiente contro i fattori di inquinamento con riferimento:
  - all'inquinamento dell'aria;
  - all'inquinamento delle acque;
  - all'inquinamento del suolo;
  - all'inquinamento da rumore o da onde elettromagnetiche e altri agenti fisici, fatte salve le competenze provinciali e statali di cui al D.P.R. 24 luglio 1977, n. 616;
- l'esame dei piani regolatori e degli strumenti urbanistici con riferimento all'art. 20 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- la tutela delle condizioni igieniche degli edifici, in relazione alle diverse utilizzazioni;
- la polizia mortuaria;
- la tutela igienico-sanitaria degli stabilimenti termali e di quelli di produzione di acque minerali naturali ed artificiali;
- il controllo dell'approvvigionamento idrico;
- il controllo tecnico sull'allontanamento e smaltimento dei rifiuti solidi e liquidi, di qualunque origine e composizione, nonché dei fanghi;
- le certificazioni e gli accertamenti medico-legali con la esclusione di quelli relativi ai servizi di cui all'articolo 6 lett. z) della legge 23 dicembre 1978 n. 833.

Le predette funzioni vengono svolte nel Servizio di Igiene Pubblica, per gruppi di attività omogenee, nei termini seguenti:

### Igiene degli alimenti

#### A) Controllo istruttorio per rilascio autorizzazione sanitaria per:

- industrie conserve alimentari di origine vegetale;
- industrie di trasformazione dei prodotti agricoli (enopoli, oleifici, caseifici);
- industrie trattamenti di bonifica e condizionamento latte alimentare (centri di pastorizzazione, centri di sterilizzazione, centri di raccolta e refrigerazione del latte) e per la produzione di preparazione latte speciali (jogurt, latte in polvere, latte condensato, ecc.);
- industrie imbottigliamento bevande analcoliche gassate e non gassate;
- stabilimenti imbottigliamento acqua minerale;
- centrali idriche per il sollevamento e la distribuzione dell'acqua potabile;
- industrie di trasformazione dei prodotti cerealicoli (molitorie, della panificazione, delle paste alimentari);
- industrie di torrefazione del caffè;
- industrie confezionamento e commercio delle piante officinali;
- industrie dolciarie (prodotti dolciari da forno, pasticceria, biscottifici);
- attività di somministrazione di alimenti e bevande (ristoranti, trattorie, pizzerie, bar, ecc.);
- attività industriale della ristorazione sociale (aziendale, scolastica, commerciale);
- industrie degli alimenti surgelati ed esercizi di vendita;
- altre industrie alimentari (gastronomia, ecc.);
- deposito all'ingrosso di alimentari e bevande;
- attività commerciale per la vendita al dettaglio di prodotti alimentari e bevande (negozi alimentari, supermercati, ortofrutticoli, pasticcerie, ecc.) in sede fissa ed ambulante;
- attività di produzione del latte da destinare al consumo diretto (vaccherie) e di vendita del latte pastorizzato (latterie);
- attività di trasporto di prodotti alimentari solidi e liquidi;
- stabilimenti di produzione e confezionamenti additivi: chimici;
- centri di raccolta dei molluschi eduli lamellibranchi.

#### B) Esercizio della vigilanza in materia di:

- attività sub A;
- mercati ortofrutticoli all'ingrosso;
- commercio di funghi eduli;
- consumo dei funghi;
- tossinfezioni ed intossicazioni alimentari;
- apparecchi per la distribuzione automatica di alimenti e bevande;
- commercio internazionale dei prodotti alimentari sottoposti a vincoli sanitari (alimenti surgelati, funghi freschi e conservati, vino, caffè, ecc.);
- prodotti alimentari in stato di incomestibilità.

- C) Attuazione delle procedure previste dalla legge in materia di contenzioso penale per campioni di alimenti e bevande non regolamentari, nonché per l'eventuale chiusura dello stabilimento o dell'esercizio incriminato.
- D) Ricevimento delle segnalazioni di legge da parte delle ditte che effettuano la demetallizzazione del vino con ferrocianuro di potassio.
- E) Ricevimento denuncia di vendita di olio di semi.
- F) Autorizzazione all'impiego, nella preparazione di alimenti destinati alla esportazione, di additivi non consentiti in Italia ma consentiti nei paesi destinatari.

#### **Tutela dell'inquinamento atmosferico da agenti chimici e fisici**

Le funzioni risultano indicate all'art. 1 punto 5 a) e 5 d) della legge regionale 31/5/1980, n. 78. In particolare:

- attività di controllo e verifica tecnica, in merito all'applicazione della legge n. 615/1966 e relativi regolamenti esecutivi posti a tutela dell'ambiente da fattori di inquinamento atmosferico di origine industriale e/o civile;
- verifiche e controllo di fenomeni rumorosi e delle cause di insalubrità ambientale dovuta ad agenti microclimatici;
- controlli di idoneità di nuovi insediamenti industriali o artigianali nel contesto urbano;
- verifica e controllo tecnico degli insediamenti produttivi compresi negli elenchi delle attività insalubri, di cui agli artt. 216 e 217 del T.U.LL.SS.;
- istruttoria e controllo delle richieste di utilizzo di gas tossici in applicazione del R.D. 9/1/1928, n. 147;
- applicazione delle norme poste a tutela della popolazione da radiazioni ionizzanti e sostanze radioattive (D.P.R. 13/2/1964, n. 185);
- attività di vigilanza nella materia.

#### **Tutela dell'inquinamento idrico**

- Controllo, per quanto di competenza, ai fini dell'istruttoria finalizzata al rilascio delle autorizzazioni agli scarichi liquidi degli insediamenti produttivi;
- controllo su attività di itticultura per il rilascio del relativo certificato di idoneità;
- controllo su esercizi pubblici di balneazione per il rilascio della relativa autorizzazione;
- attività di vigilanza nella materia.

#### **Igiene edilizia, suolo e abitato**

Le funzioni sono previste ai punti 6) e 7) dell'articolo 1 della L.R. 31/5/1980, n. 78:

- esami e pareri igienico-sanitari su progetti edilizi;
- sopralluoghi ed istruttoria di pratiche relative al rilascio di certificati di abitabilità/agibilità;
- sopralluoghi e parere igienico-sanitario su opere edilizie abusive;
- esame e parere igienico-sanitario relativi ad opere pubbliche (in particolare scuole e cimiteri);
- sopralluoghi e pareri igienico-sanitari relativi all'idoneità di negozi ed alberghi;
- certificazioni d'alloggio dei bandi di edilizia popolare;
- dichiarazioni di inabitabilità e certificazioni ad uso legale;

- pareri per:
  - autorizzazioni;
  - controlli attività recettive e autoscuole;
- controllo e vigilanza dell'abitato e del suolo;
- partecipazione alle sedute delle Commissioni edilizie comunali.

#### Profilassi Malattie Infettive

- Disinfezioni periodiche nella scuola;
- disinfezioni occasionali per malattie infettive;
- disinfestazioni - campagna antilarvale e contro gli insetti alati;
- disinfestazioni occasionali;
- derattizzazioni occasionali;
- derattizzazioni periodiche;
- campagne antimurine;
- profilassi internazionale;
- sorveglianza malattie infettive;
- sorveglianza sulla profilassi malattie veneree;
- sorveglianza profilassi antirabbica;
- profilassi malattie infettive nella polizia mortuaria;
- controllo e vigilanza sugli esercizi di barbieri, parrucchieri ed affini.

#### I.2.2. Funzioni del livello di attività sovrazonali (P.M.P.)

Il P.M.P. indirizza il complesso delle proprie attività di controllo laboratoristiche e tecniche a supporto di tutte le funzioni del livello centrale zonale rivolte alla tutela ambientale (acqua, aria, suolo), agli alimenti e bevande, alla persona in particolare per quanto attiene il controllo batteriologico, parassitologico, micologico, siero-immunologico inerente la profilassi delle malattie infettive e parassitarie.

Il presente Piano evidenzia l'opportunità di completare ed ampliare le attività sia per le competenze ex ENPI ed ANCC (controllo ascensori, montacarichi, messa a terra, impianti termici ecc.), per cui occorre una maggiore capillarizzazione sia per le attività riguardanti il controllo delle radiazioni ionizzanti e non in cui il ruolo dei P.M.P. è prioritario.

Si precisa che ai P.M.P. pervengono - a norma dell'articolo 8 della legge di approvazione del Piano - richieste di attività non solo dai S.I.P. delle ULSS di appartenenza e di riferimento ma anche:

- da altri settori delle ULSS (veterinaria, maternoinfantile, farmaceutico);
- da Enti esterni alle ULSS (Provincia, ecc.);
- dall'Autorità Giudiziaria.

Relativamente ai P.M.P. occorre prendere atto che la situazione attuale dei P.M.P., in costante e positiva evoluzione, risente complessivamente di un quadro di incombenze istituzionali e routinarie sempre più ampio che ne limitano la loro funzione primaria di strutture di II° livello ad alta valenza scientifica.

Inoltre occorre evidenziare come il loro ruolo di momenti tecnici di controllo e vigilanza ambientale debba tenere costantemente conto di una sempre più ampia pressione di una situazione che tende a diventare più complessa e quali/quantitativamente impegnativa.

Conseguentemente occorre sviluppare un processo di specializzazione dei P.M.P. quale rete di riferimento sovrazonale in grado di rispondere ad un più alto livello tecnico sulle quattro maggiori emergenze ambientali:

- l'inquinamento delle acque riguardante:
  - le acque superficiali sia dal punto di vista chimico che batteriologico;
  - le acque sotterranee relativamente a solventi organici, nitrologeno derivati, cromo, azoto nitrito e nitroso (prima categoria);
  - le acque di balneazione (laghi e fascia costiera);
- lo smaltimento dei rifiuti urbani e tossici-nocivi;
- il dissesto idro-geologico del suolo;
- l'inquinamento atmosferico, anche per i risvolti sullo stato di salute della popolazione a partire dalle aree ricomprensibili nella zona A della legge 615/66.

Già oggi i P.M.P., sotto la spinta delle richieste o per specifiche motivazioni, hanno sviluppato delle competenze specialistiche di cui occorre tenere conto.

La specializzazione non dovrà essere intesa come costituzione di nuove sezioni specialistiche ma completamento ed arricchimento di quelle esistenti.

Su queste basi gli indirizzi di specializzazione vengono indicati nei termini seguenti:

- 1) Alimenti e bevande;
- 2) Vino e bevande alcoliche;
- 3) Erbicidi e pesticidi;
- 4) Metalli pesanti in matrici biologiche;
- 5) Sostanze psicotrope;
- 6) Cosmetici;
- 7) Inquinamento atmosferico;
- 8) Documentazione tecnico-scientifica.

Nel corso del 1988 il Comitato di coordinamento Regione/ULSS definirà nel merito le suddette specializzazioni dei P.M.P. con un atto specifico che costituirà parte integrante del presente Piano. Già all'attualità, in ogni caso, viene prevista per il presidio di Rovigo una specifica specializzazione nell'analisi delle acque, considerati i problemi connessi ai fiumi Adige e Po.

### Il personale

Con il Piano precedente si è sviluppato un impegno rilevante di adeguamento delle Piante Organiche che hanno avuto iter di approvazione privilegiati.

Si ritiene questo sforzo considerevole, tuttavia, non ancora sufficiente permanendo un notevole divario tra le professionalità impegnate nel settore ambientale ed il complesso degli operatori del Servizio Sanitario Regionale.

Il triennio 1989/1991 dovrà porsi come obiettivo:

- il completamento delle vigenti P.O. con la conclusione degli iter di assunzione previsti, con procedura di urgenza per quei servizi o quelle sezioni non ancora attivate;
- la definizione di nuovi ampliamenti "mirati" agli obiettivi specifici individuati nella ridefinizione dell'assetto organizzativo e delle attività ai diversi livelli mirando a superare la presenza di personale a "tempo parziale" (inteso come presenza di professionalità in servizi plurimi, a scavalco a spezzoni di ore) e di professionalità anomale impiegate in attività improprie a partire dai livelli dirigenti.

### 1.2.3. L'emergenza

Si intende per emergenza un "evento gravissimo, straordinario, non determinabile che richiede una risposta organizzativa immediata".

Le condizioni operative essenziali nell'emergenza sono:

- l'unicità del punto di recepimento delle segnalazioni degli utenti e la sua disponibilità 24 ore su 24;
- l'automaticità delle operazioni da svolgere;
- i protocolli di intervento per le situazioni più prevedibili mettendo ogni addetto in condizione di sapere i compiti da svolgere;
- l'organizzazione del personale con due condizioni essenziali: la definizione di chi dirige ed i mezzi tecnici mobili disponibili;
- un numero di informazioni nella misura più rapida e chiara possibile, atte a consentire rapidità ed efficacia all'intervento.

Considerato il costante ripetersi di emergenze nel settore ambientale le ULSS nel corso del triennio 1989/1991 attraverso il Comitato di coordinamento provinciale dovranno dotarsi di un programma operativo per le situazioni di emergenza comprendente:

- una individuazione "a priori", per quanto possibile, degli eventi ipotetici partendo dalle più probabili situazioni "a rischio" presenti nel proprio territorio;
- la individuazione del personale operante nel settore mobilitabile, suddiviso per ambiti di attività;
- una verifica dei mezzi disponibili nell'ULSS considerando la loro ubicazione e le caratteristiche tecniche.

**L'emergenza interna al settore sanitario per quanto attiene l'igiene pubblica e l'ambiente di lavoro.**

Il presente Piano prevede la costituzione presso ogni ULSS capoluogo di provincia di un "Centro per l'emergenza ambientale" (C.E.A.).

Detto centro dovrà essere dotato di un punto di recepimento telefonico (con annessa centrale radio ricetrasmittente) in cui sia garantita la presenza di un tecnico qualificato (di professionalità sanitaria) in grado di filtrare le chiamate stesse.

A detto centro farà riferimento una équipe per l'emergenza rapidamente reperibile (reperibilità) in grado di:

- valutare immediatamente il fenomeno e quindi con la possibilità di spostarsi rapidamente attraverso mezzo a disposizione del centro di recepimento;

- avere un quadro di conoscenza complessiva che permetta di avviare rapidamente gli interventi necessari;
- avere la possibilità di mobilitare i supporti necessari (mezzi, strutture, banca dati, ecc.).

La reperibilità dovrà coinvolgere figure professionali in grado di valutare il complesso degli eventi e, pertanto, l'équipe potrà prevedere la presenza di:

- 1 Igienista Medico (del Settore);
- 1 Ingegnere (del P.M.P.);
- 1 Fisico (del P.M.P.);
- 1 Chimico (del P.M.P.);
- 2 Tecnici d'ambiente (del P.M.P.: uno per l'ambiente in genere e uno per l'ambiente di lavoro);
- 1 medico del lavoro (dello SPISAL).

#### L'emergenza ambientale nel suo complesso

Su questo livello risulta vitale il raccordo con la Protezione Civile ed i Piani di intervento della Prefettura in ogni Provincia.

Alla Commissione Tecnica Provinciale Ambiente (C.T.P.A.) spetterà pertanto stabilire questo raccordo e, come già si è detto, definire protocolli tecnici comuni di intervento all'interno dei quali mobilitare le risorse del S.S.R. precedentemente definite.

Gli eventi che richiedono un intervento della protezione civile sono, in letteratura, schematicamente riassumibili in:

- a) eventi naturali:
  1. connessi con fenomeni geologici degli strati profondi;
  2. meteorologici;
  3. connessi con fenomeni idrogeologici superficiali;
- b) eventi connessi all'attività dell'uomo:
  4. incidenti rilevanti di attività industriale di processo;
  5. incidenti rilevanti in attività nucleare;
  6. collasso di un grande sistema tecnologico;
  7. incendio boschivo.

L'emergenza ambientale nell'ambito delle ULSS è direttamente interessata ai punti 2., 3., 4. e 5., per i quali, sulla base delle conoscenze, in ogni zona dovrà essere attuata una metodologia di prevenzione dando degli elementi utili per gli interventi di protezione ai diversi soggetti istituzionali interessati.

#### La valutazione

Il presente Piano, considerato il complesso della manovra proposta, ritiene prioritario individuare degli "Indicatori di attuazione" periodicamente verificabili.

Si individuano, come indicatori programmatico/organizzativi:

- L'approvazione del regolamento dei servizi;
- L'approvazione dei regolamenti di igiene comunale;
- Il completamento dell'istituzione dei S.I.P.;
- Il completamento della dirigenza dei servizi;
- L'elaborazione dei programmi mirati di prevenzione all'interno dei Piani attuativi di ULSS;

A livello provinciale, si considera inderogabile, ai fini della valutazione:

- La definizione dei programmi operativi per l'emergenza;
- Il completamento delle sezioni dei P.M.P.;
- La definizione delle azioni attuative delle specializzazioni dei P.M.P.;
- L'emanazione delle direttive di coordinamento provinciale sulle materie sovrazonali.

La Regione si impegna, a partire dal presente Piano, a costruire una serie di "indicatori di verifica" dell'attività dei settori che prioritariamente saranno orientati:

**Per l'Acqua:**

- al controllo dell'acqua destinata al consumo umano (acquedotti pubblici, fonti private);
- al controllo delle acque superficiali e profonde riferendoli particolarmente all'inquinamento chimico;
- al controllo delle acque di balneazione.

**Per l'Aria:**

- al controllo dell'inquinamento atmosferico a partire dai grandi centri urbani;
- al controllo delle zone ad alta concentrazione industriale.

**Per il Suolo:**

- al controllo delle zone soggette a colture ad alto consumo di diserbanti e pesticidi.

**Per gli Alimenti:**

- Per quanto attiene quest'ultima area di attività è già in atto il programma regionale per interventi mirati alla più efficace lotta contro le frodi e le sofisticazioni degli alimenti e delle bevande che costituisce un punto di riferimento metodologico che sarà ampliato ad altre attività nel corso del triennio.

La scelta metodologica che si propone, per tutte le grandi aree di attività indicate, è la seguente:

- individuazione del tipo di intervento che dovrebbe essere monitorato in quanto prioritario;
- individuazione dei flussi informativi necessari alla verifica qualitativa e quantitativa degli interventi individuati;
- definizione delle famiglie di "indicatori di verifica"; variazioni, modifiche, ampliamenti degli stessi.

Per quanto attiene i P.M.P. il presente Piano priorizza una valutazione quantitativa individuando come "indicatori di attività": i controlli analitici effettuati dai P.M.P. per 10.000 abitanti;

- gli addetti dei P.M.P. per 10.000 abitanti;
- i controlli analitici per addetti ai P.M.P..

Per la valutazione qualitativa i P.M.P. saranno inseriti nel processo metodologico di costruzione degli "indicatori di verifica" precedentemente espressi.

#### **I.2.4. Le attività degli S.P.I.S.A.L.**

Le attività inerenti l'esercizio delle funzioni di prevenzione, igiene e sicurezza nell'ambiente di lavoro sono le seguenti:

- Attività di prevenzione:

- a) individuazione, accertamento e controllo dei fattori di nocività, di pericolosità e deterioramento degli ambienti di lavoro;
- b) comunicazione e diffusione dei dati e delle informazioni;
- c) indicazione delle misure idonee all'eliminazione dei fattori di rischio ed al risanamento degli ambienti di lavoro;
- d) la formulazione di mappe dei rischi;
- e) la profilassi degli eventi morbosi;

ed ogni altra attività prevista dalla L.R. 30.11.1982, n. 54;

- Controlli produttivi sui nuovi insediamenti produttivi;
- Controllo dei limiti massimi di accettabilità di inquinamenti ed emissioni zonali;
- Attività di tutela degli addetti ai lavori agricoli, forestali, zootecnici;
- Attività connesse all'esercizio delle funzioni relative alla radioprotezione;
- Accertamenti e visite mediche preventive e periodiche e controlli sanitari sui lavoratori.

A supporto delle attività degli SPISAL, entro il 1989, sarà istituito e reso operativo il Centro regionale di ricerca, documentazione, raccolta e diffusione dati, previsto all'art. 26 della L.R. 30.11.1982, n. 54.

Viene inoltre istituita una Commissione permanente composta da personale qualificato degli SPISAL, dei servizi di Igiene pubblica e da funzionari regionali, con compiti di esame e valutazione delle procedure tecniche e degli interventi negli ambienti di lavoro.

### **1.2.5. Funzione di Polizia Giudiziaria**

In relazione all'entrata in vigore del nuovo codice di procedura penale a decorrere dal mese di ottobre 1989, la Regione attiva le seguenti iniziative, affinché sia assicurato un efficace e corretto esercizio delle funzioni di polizia giudiziaria nell'ambito del S.S.R.:

- a) allo scopo del potenziamento quali-quantitativo degli addetti si attiveranno apposite iniziative di formazione e aggiornamento del personale;
- b) al fine di omogeneizzazione dei comportamenti delle ULSS in funzione delle attività ordinarie e in regime di emergenza, saranno fornite direttive mirate per il coordinamento interno alle ULSS, tra le ULSS della stessa provincia e tra le ULSS sede di capoluogo;
- c) sarà, infine, emanata un'apposita direttiva per la direzione ed il controllo delle organizzazioni di supporto alla funzione di polizia giudiziaria svolta dal S.S.R..

La Regione assicurerà altresì le risorse finanziarie necessarie per la migliore organizzazione delle attività.

### **1.3. L'ASSISTENZA MEDICA E PEDIATRICA DI BASE**

La medicina generale di base e pediatrica di libera scelta si pongono in una prospettiva di qualificazione dell'attività per aumentare l'efficienza e l'efficacia, attraverso l'incremento quali-quantitativo delle prestazioni, oltre ad un preciso impegno verso iniziative di formazione del medico e degli operatori sanitari.

### I.3.1. Gli obiettivi di qualificazione dell'assistenza

Gli obiettivi di qualificazione dell'assistenza medica e pediatrica di base per il prossimo triennio possono essere così definiti:

- 1) Miglioramento delle prestazioni, in ordine:
  - alla corretta offerta per l'accesso agli ambulatori medici
  - alla tempestività nell'esecuzione delle prestazioni mediche domiciliari
  - al raccordo, anche in senso organizzativo, con presidi specialistici ed ospedalieri
  - alla verifica della qualità assistenziale.
- 2) Applicazione dell'assistenza programmata in ambito regionale relativa a:
  - soggetti non ambulabili
  - ospiti non autosufficienti in residenze protette
  - anziani affetti da forme morbose e malati terminali ecc. (ospedalizzazione domiciliare alternativa e/o sostitutiva del ricovero).
- 3) Aggiornamento professionale e formazione continua, consolidando la tendenza, peraltro già espressa nella specifica direttiva CEE, ad assicurare il miglioramento tecnico-culturale del medico, in adeguamento alla evoluzione scientifica ed in relazione alle tendenze epidemiologiche ed ai fabbisogni assistenziali della popolazione assistita.
- 4) Integrazione dell'attività professionale con quella dei servizi dell'Unità Locale Socio-Sanitaria per garantire l'assistenza in termini di continuità assistenziale e l'assistenza preventiva.
- 5) Integrazione tra le attività di medicina pediatrica di libera scelta e dei servizi materno infantili e dell'età evolutiva, con particolare riferimento alle attività di prevenzione collettiva e prevenzione individuale.
- 6) Ristrutturazione e ridefinizione organizzativa del servizio di guardia medica festiva e notturna, tesa ad una migliore qualificazione del servizio ed all'integrazione con i servizi di emergenza medica sul territorio.
- 7) Attivazione dei servizi di assistenza medica ai turisti nelle località di maggiore afflusso con interventi mirati in rapporto alle presenze turistiche ed al periodo di attivazione, che assicurino risposte articolate sia a livello di prestazioni ordinarie di medicina di base, anche con operatori itineranti, sia in rapporto all'esigenza di garantire l'effettuazione di prestazioni ambulatoriali urgenti.

### I.3.2. Gli interventi per la qualificazione delle attività

Gli interventi che andranno adottati per perseguire una migliore qualificazione delle attività di assistenza medica e pediatrica di base sono così definiti:

- A) Verifica della congruità di apertura dell'ambulatorio.  
Le Unità Locali Socio-Sanitarie si attiveranno per concordare a livello distrettuale fasce orarie di apertura degli ambulatori in rapporto al carico assistenziale ed alle consuetudini locali, attraverso protocolli da concordare con i medici operanti in ambito territoriale distrettuale.

- B) Verifica di tempestività dell'effettuazione delle visite domiciliari.
- C) Raccordo con i servizi specialisti ambulatoriali ed ospedalieri da attuarsi attivando le intese contrattuali per quanto si riferisce a:
- prescrizioni di diagnostica strumentale e di laboratorio;
  - scheda anamnestica per l'accesso del paziente in ospedale;
  - consulto e consulenze con gli specialisti;
  - protocolli e modalità per l'accesso in reparto ospedaliero del medico di base e per lo scambio di informazioni relative al paziente in trattamento;
  - iniziative per verificare se esistono le condizioni che consentano l'affidamento ai medici di medicina generale delle visite nei confronti dei lavoratori a rischio.
- D) Verifica delle qualità dell'assistenza medica di base.  
L'impegno prioritario delle Unità Locali Socio-Sanitarie in ambito regionale si riferisce a:
- verifica della tenuta della cartella clinica personale di ogni assistito su modelli possibilmente omogenei, meglio se orientati per problemi;
  - sperimentazione di audit medico, a livello distrettuale, finalizzata a problematiche epidemiologiche di verifica della qualità;
  - individuazione e predisposizione di indicatori di attività in ordine alle prestazioni mediche erogate;
  - indicatori di risultato in rapporto al tasso di ospedalizzazione e prescrizione farmaceutica e diagnostica;
  - indicatori di soddisfazione degli assistiti con specifico riferimento agli orari di apertura degli ambulatori ed al soddisfacimento delle visite domiciliari;
  - indicatori di controllo e monitoraggio della prescrizione farmaceutica.
- E) Assistenza programmata.

Attuazione delle intese regionali contrattualmente previste, per la realizzazione delle forme di assistenza programmata, in conformità con i protocolli concordati, a livello regionale, predisponendo strumenti organizzativi adeguati, riferiti a:

- definizione di modalità operative per l'attivazione dei programmi, a cura del responsabile di distretto;
  - definizione di modalità operative per l'attività del medico di base operante in residenze protette, correlate con le attività di dotazione di farmaci alle strutture, espletato dal servizio farmaceutico dell'Unità Locale Socio-Sanitaria e per l'attivazione delle consulenze specialistiche;
  - previsione di personale infermieristico e di figure professionali dell'area sociale al fine di realizzare l'integrazione delle due aree, sociale e sanitaria, in attuazione dei programmi di assistenza integrata domiciliare nei confronti di soggetti affetti da forme morbose acute e malati in fase terminale, per consentire quindi forme di "ospedalizzazione domiciliare".
- F) Aggiornamento professionale e formazione permanente del medico.

L'amministrazione regionale è impegnata a consolidare le iniziative già avviate in anni precedenti per la preparazione degli animatori di formazione permanente e tese a soddisfare il fabbisogno regionale; è altresì impegnata a realizzare l'organizzazione della formazione

permanente dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta attraverso il costante monitoraggio dei corsi di formazione.

Le Unità Locali Socio-Sanitarie devono procedere alla attuazione dei programmi formulati in sede regionale e con le procedure previste dai vigenti accordi, fornendo da un lato la più ampia collaborazione alle categorie interessate, ed in specifico agli animatori di formazione, per la realizzazione dei corsi di aggiornamento, dall'altro la disponibilità organizzativa e di strumenti didattici necessari. Le ULSS, inoltre, potranno attivare corsi di aggiornamento per l'approfondimento di temi specifici, anche nell'ambito delle strutture e dei servizi ospedalieri.

G) Area dell'assistenza pediatrica sul territorio.

A livello regionale saranno definite le direttive generali per realizzare il coordinamento tra i servizi materno-infantili, i servizi di prevenzione collettiva e la pediatria di base e le modalità di collaborazione dei professionisti operanti nei vari servizi;

Le Unità Locali Socio-Sanitarie provvedono all'attuazione e coordinamento dei programmi elaborati definendo le modalità operative dei pediatri di base e degli altri servizi, in ordine all'attività di prevenzione individuale e collettiva: al pediatra di base l'affidamento del controllo dello sviluppo psico-fisico del bambino e specifici screening; ai servizi materno-infantili e consultori pediatrici distrettuali le attività di prevenzione collettiva comprese le vaccinazioni obbligatorie.

H) Verifica del rispetto della norma contrattuale relativa alla tenuta della scheda individuale ed alla compilazione dei libretti sanitari anche attraverso l'adozione di modello regionale definito con l'intervento dei servizi e delle categorie interessate.

I) Relativamente ai servizi di guardia medica le Unità Locali Socio-Sanitarie dovranno curare degli adempimenti previsti dalle vigenti norme contrattuali in correlazione con le iniziative di organizzazione e programmazione dei servizi di emergenza sanitaria.

In particolare:

- Per l'aspetto strutturale riferito al servizio di guardia medica le Unità locali socio-sanitarie devono adeguarsi alle norme contrattuali in materia di idonei locali di attesa e riposo dei medici in servizio e dei servizi igienici annessi;
- E' confermato l'obbligo della fornitura dei medicinali e del materiale di primo soccorso da mettere a disposizione dei medici del servizio;
- Le Unità locali socio-sanitarie, dovranno prevedere, nell'ambito di validità del Piano e in correlazione all'istituzione dei servizi di emergenza sanitaria, la disponibilità di automezzi adibiti in via esclusiva al servizio di guardia medica e di strumenti di collegamento radio con le centrali operative;
- Il raccordo con i servizi di emergenza deve essere realizzato attraverso la predisposizione di strumenti comuni di ricezione delle chiamate e l'affidamento ad un medico di guardia medica di compiti di coordinamento dell'attività dei medici del servizio di guardia medica, con modalità operative coordinate con i servizi di emergenza;
- Per l'aspetto organizzativo i programmi di attuazione delle Unità locali socio-sanitarie dovranno prevedere proposte di riorganizzazione dei punti di guardia medica in relazione all'istituzione dei servizi di emergenza sanitaria e le relative modalità operative;
- Le Unità Locali Socio-Sanitarie sono tenute alla attuazione dei programmi di aggiornamento professionale definiti secondo i criteri e le metodologie previste dagli

Accordi contrattuali, con particolare attenzione alla effettuazione dei corsi sotto forma di tirocinio pratico nei presidi ospedalieri, che dovrà essere effettuato nei reparti e servizi del dipartimento d'emergenza;

- Le Unità Locali Socio-Sanitarie procederanno all'individuazione e predisposizione di indicatori relativi all'organizzazione del servizio, in rapporto agli ambiti territoriali e della popolazione servita, nonché indicatori di efficienza ed efficacia in riferimento alla tempestività dell'intervento ed al suo esito ed al rapporto chiamate/prestazioni.

L) I servizi di assistenza di base ai villeggianti saranno attivati dalle Unità locali socio-sanitarie nelle località sotto forma di disponibilità di ambulatori medici con orari di apertura predefiniti, anche saltuari, per l'erogazione dell'assistenza medico di base ai turisti e ambulatori comprendenti, oltre tale attività, l'erogazione di prestazioni di pronto soccorso in relazione al tipo di turismo (pendolare o stanziale) e alla quantità delle presenze turistiche.

In particolare:

- Le Unità Locali Socio-Sanitarie, nel cui ambito territoriale si verificano le condizioni di presenze turistiche rilevanti in alcuni periodi dell'anno, provvederanno, nell'ambito dei loro programmi di attuazione del piano, a fornire proposte di attivazione ed articolazione del servizio ed indicazioni relative a: tipo di turismo presente, presenze turistiche nei periodi indicati, previsione di personale medico e non medico e strutture operative, nonché ogni altro elemento di valutazione specifico per le zone considerate, compresa l'esigenza di prevedere l'utilizzo di medici con conoscenza di lingua straniera tesa a garantire l'assistenza al turista straniero;
- Le Unità Locali Socio-Sanitarie dovranno provvedere ad idonee forme di pubblicizzazione del servizio tali da consentire alla popolazione turistica la possibilità reale di fruizione del servizio.

#### **I.4. L'ASSISTENZA FARMACEUTICA**

La realizzazione di un Piano Sanitario Regionale sul farmaco, finalizzato ad un uso razionale del farmaco, da raggiungersi attraverso un insieme articolato di attività orientate a garantire il massimo dei benefici profilattici e terapeutici, con il minimo dei rischi e a condizioni di costo compatibile con la spesa sanitaria complessiva, presuppone:

- a) un preciso inquadramento dell'attività regionale nel contesto nazionale;
- b) una conoscenza delle caratteristiche specifiche del mercato (produzione, consumo, spesa) e delle condizioni assistenziali regionali che hanno più attinenza con il problema-farmaco;
- c) la definizione di un piano operativo, che sviluppi ed integri le attività finora svolte, estendendole al di là del settore ad oggi prevalentemente ospedaliero;
- d) la proposta di strumenti di controllo-valutazione dei programmi ai quali sarà data priorità.

##### **I.4.1. Obiettivi del P.S.R. sul farmaco**

Gli obiettivi individuati e perseguiti dal presente piano riguardano:

- a) la selezione dei farmaci con il migliore rapporto beneficio-rischio e costo/beneficio per le varie situazioni cliniche ed i diversi gruppi di popolazione, a livello ospedaliero ed extraospedaliero;
- b) la sorveglianza delle modalità prescrittive e di uso dei singoli farmaci e schemi terapeutici,

- per ottimizzare l'efficacia, per evidenziare fenomeni di iperconsumo e di uso improprio;
- c) la farmacovigilanza a livello ospedaliero ed extraospedaliero, con l'individuazione delle metodologie più adeguate alla complessità del problema e con la creazione di una idonea struttura organizzativa per programmare ed attivare studi mirati sulla tollerabilità dei farmaci;
  - d) lo sviluppo di competenza e di risorse di ricerca clinica controllata e di valutazione epidemiologica degli interventi terapeutici oggetto di sperimentazione;
  - e) la formazione permanente e l'informazione degli operatori sanitari di vario livello, con particolare riguardo a medici e farmacisti;
  - f) l'informazione adeguata e comprensibile della popolazione, anche in ambito scolastico, per quanto riguarda i benefici ed i rischi connessi con l'uso del farmaco;
  - g) l'attuazione di una metodologia degli acquisti dei farmaci per i presidi e servizi della ULSS; con la realizzazione di una corretta contabilità di magazzino e con la istituzione dell'albo dei fornitori della ULSS;
  - h) l'istituzione di una sede farmaceutica nei comuni che ancora ne sono privi, conformemente a quanto previsto dalla vigente normativa in materia di revisione della pianta organica delle farmacie;
  - i) erogazione delle prestazioni farmaceutiche e del materiale sanitario, da parte dei servizi farmaceutici delle UU.LL.SS.SS., a soggetti non autosufficienti, ricoverati in istituti residenziali.

#### 1.4.2. Organizzazione degli interventi

I momenti riferibili alle fasi nelle quali si articola lo sviluppo e l'uso del farmaco sono:

- 1) ricerca;
- 2) produzione e controllo qualità;
- 3) impiego nelle strutture sanitarie pubbliche e private, convenzionate e non;
- 4) distribuzione intermedia;
- 5) dispensazione al pubblico a mezzo del sistema farmacie convenzionate;
- 6) prescrizione medica ed utilizzazione da parte dei cittadini, subordinata od autonoma dall'atto medico.

I relativi strumenti di intervento attengono:

- Il Servizio Farmaceutico Regionale;
- Le Commissioni tecniche specifiche per problemi (sperimentazione clinica, farmacovigilanza, consulta regionale farmacisti pubblici, PTOR, ecc.);
- I Centri Regionali di documentazione e informazione sui farmaci;
- Il Settore farmaceutico della ULSS;
- Le Commissioni Terapeutiche della ULSS.

La composizione e le modalità di nomina delle Commissioni saranno definite dalla Regione delineando per ciascuna gli obiettivi da realizzare nel breve-medio periodo.

### **I.4.3. Programmi di intervento regionale**

I programmi di intervento regionale riguardano:

- progetti di ricerca epidemiologica e clinica, su base multicentrica, come strumento insieme conoscitivo e formativo;
- programmi annuali di informazione ed educazione sull'uso dei farmaci e rilievi sul loro consumo;
- piano di aggiornamento per il personale medico paramedico e farmacista;
- definizione ed aggiornamento del PTR dei protocolli terapeutici e degli standard di qualità;
- programma di farmacovigilanza post-marketing in sintonia con le disposizioni statali;
- definizione di indici regionali della sfera farmaceutica per il controllo e la valutazione delle modalità prescrittive e di uso dei farmaci;
- piano di vigilanza sui farmaci veterinari.

#### **Ricerca epidemiologica e clinica**

La Regione controlla e garantisce nelle proprie strutture sanitarie la piena congruità delle attività di ricerca che si svolgono nel suo ambito, secondo le direttive nazionali e della Comunità Europea, nell'interesse della salute della popolazione.

Nell'ottica di una progressiva quantificazione del mercato e della prescrizione la Regione incentiva attività di ricerca attraverso i meccanismi della finalizzazione.

L'ULSS provvederà ad attuare gli indirizzi regionali per le necessarie rilevazioni qualitative e quantitative dei consumi farmaceutici ed attraverso l'analisi dei dati descrittivi delle prescrizioni mediche e dei relativi costi, ottenuta attraverso le normali procedure amministrative e/o attraverso dei programmi ad hoc, consentirà di programmare gli interventi necessari negli Ospedali, nei presidi e nella pratica di medicina generale, di interesse locale o regionale, aventi come oggetto o problemi epidemiologici o problemi di razionalizzazione della spesa farmaceutica.

La creazione di un osservatorio epidemiologico consentirà di leggere in chiave sanitaria la realtà prescrittiva, facendone uno strumento di dialogo con i medici.

#### **Informazione ed educazione sanitaria**

La Regione provvederà a mettere in atto forme di intervento e di controllo per rendere possibile una informazione autonoma attraverso una serie articolata di mezzi di comunicazione e di strumenti formativi tali da costituire un sicuro criterio di riferimento sia per gli operatori sanitari che per la popolazione.

A tal fine, in accordo con le Organizzazioni mediche, potrà essere predisposto un programma mirato a guidare la gestione dei protocolli terapeutici nonché a misurarne l'impatto sulla pratica terapeutica stessa.

L'educazione sanitaria coinvolge tutti gli operatori socio-sanitari e tutti i cittadini e l'intervento nel settore dei farmaci individua tre momenti di attuazione:

- 1) diffusione impersonale dell'informazione (messaggi audio-visivi, manifesti, stampati ecc.);
- 2) informazione personalizzata a livello di comunità (scuole, fabbriche, famiglie ecc.);
- 3) partecipazione diretta (gruppi d'incontro e di lavoro, dibattiti ecc. da realizzarsi nelle strutture esistenti sul territorio).

### Aggiornamento del personale

Si attua attraverso:

- un programma annuale di informazione per tutti i medici su argomenti specifici;
- i corsi di formazione mirati al personale del Settore farmaceutico della ULSS e delle farmacie pubbliche e private;
- un piano regionale di aggiornamento per il personale paramedico della ULSS e coordinamento dei programmi di formazione in farmacologia nelle scuole.

### PTOR: Protocolli terapeutici e standard di qualità.

L'esperienza del PTOR ha dimostrato come questo strumento possa rispondere alle esigenze di tipo terapeutico ed al ruolo scientifico e culturale, pur non essendo formalmente vincolante.

Questo elemento di penetrazione culturale va potenziato, fornendo un sempre maggior numero di informazioni per ciascun farmaco.

Allo stesso tempo è possibile un intervento indiretto di indirizzo da parte della Regione, attraverso l'elaborazione e l'adozione dei protocolli terapeutici e di standard di qualità.

### Farmacovigilanza

Il sistema di farmacovigilanza ospedaliera ed extraospedaliera ha come obiettivo la sorveglianza dell'impiego dei farmaci al fine di conoscerne in modo approfondito la tollerabilità mediante la rilevazione degli effetti indesiderati.

Il sistema prevede la raccolta di dati, per mezzo di schede predisposte, ed una prima valutazione da parte di:

- farmacisti dei Servizi di farmacia ospedaliera o altri "monitors", appositamente addestrati, negli ospedali ove non esista una farmacia ospedaliera;
- farmacisti dei Settori Farmaceutici per quanto riguarda la vigilanza sull'impiego extraospedaliero dei farmaci.

Le informazioni sugli effetti indesiderati dei farmaci sono elaborate al fine di approfondire le problematiche importanti ed urgenti individuate.

L'analisi, la valutazione e l'interpretazione delle informazioni raccolte, è effettuata dal Centro di Coordinamento della Farmacovigilanza, ai fini di una verifica con studi mirati di eventuali reazioni secondarie emerse.

Il progetto prevede la creazione di un Bollettino Regionale di farmacovigilanza per fornire a tutti gli operatori sanitari uno strumento di cultura aggiornato per una migliore conoscenza del profilo rischio/beneficio che emerge dall'impiego dei farmaci.

### Controllo e valutazione delle modalità prescrittive

La Regione determina i criteri e le modalità per realizzare la sorveglianza delle modalità prescrittive e di uso dei farmaci attuando specifiche indagini tecniche e contabili laddove gli indicatori locali comportino variazioni sensibili rispetto agli indicatori regionali riferiti a:

- costo procapite;
- costo medio ricetta;
- costo medio per prescrizione;
- costo medio per confezione.

### **Farmaci veterinari**

La Regione nell'ambito delle proprie competenze elabora un piano di vigilanza sui farmaci veterinari inteso ad intervenire, in particolare, nel momento della prescrizione e della distribuzione in quanto elementi di garanzia per la salute pubblica se attuate ad opera dei rispettivi operatori professionali.

#### **I.4.4. Programmi di intervento a livello di ULSS**

I programmi di intervento a livello di ULSS riguardano:

Distribuzione dei farmaci, modalità di erogazione dell'assistenza farmaceutica e controllo del consumo quali-quantitativo.

Secondo quanto previsto dall'art. 28 della L. 833/78, l'ULSS eroga l'assistenza farmaceutica tramite le farmacie pubbliche e private convenzionate.

L'ULSS provvederà in particolare ad attuare gli indirizzi regionali per le necessarie rilevazioni quantitative e qualitative dei consumi farmaceutici.

L'analisi dei dati consentirà di programmare gli interventi necessari per la razionalizzazione della spesa farmaceutica.

#### **Vigilanza sulle farmacie**

La vigilanza sulle farmacie sia ai fini tecnico-amministrativi che igienico-sanitari è compito della ULSS che la attua mediante il settore farmaceutico in armonia con gli indirizzi e le procedure indicati dalla Regione.

La Regione, ove sia necessario, partecipa all'azione di vigilanza e di controllo.

#### **Informazione sui farmaci agli operatori sanitari**

La ULSS darà attuazione ai programmi di informazione autonoma elaborati dalla regione, attivando le modalità più idonee per favorire la partecipazione degli operatori sanitari.

La ULSS propone le integrazioni dei piani regionali in base alle esigenze locali.

#### **Educazione sanitaria**

In linea con i programmi di educazione sanitaria che saranno predisposti dalla Regione, l'ULSS attiverà ogni iniziativa volta ad assicurare la più ampia partecipazione della popolazione e la massima diffusione del materiale e dei mezzi di informazione predisposti.

#### **I.4.5. Indicatori di verifica**

Gli obiettivi del piano si considerano raggiunti con la realizzazione dei programmi di intervento sia a livello regionale che di ULSS.

Posto che gli indicatori regionali e locali sono desunti da un modello comune quali-quantitativo sulla prescrizione, la Regione prevede comunque la predisposizione di modelli di indicatori che rendano possibile un'analisi approfondita sulla prescrizione dei farmaci in relazione alle patologie, alle caratteristiche della popolazione e alle diverse aree geografiche.

## 1.5. L'ASSISTENZA MEDICA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Le attività specialistiche svolte ambulatoriamente devono essere organizzate in modo unitario dal responsabile del servizio specialistico, allo scopo di garantire adeguate interrelazioni funzionali con le attività di ricovero e con quelle di base (mediche, igienistiche e assistenziali).

Tale integrazione dei servizi specialistici viene perseguita attraverso azioni di carattere orizzontale, secondo i seguenti indirizzi:

- a) creazione di un servizio di prenotazione esami e prestazioni unitario per la ULSS, che colleghi in rete le diverse strutture operative, con una informatizzazione totale o parziale e che consenta una verifica ed un controllo delle liste di attesa (questo servizio deve essere collegato anche con i centri di distretto onde consentire al cittadino un accesso semplificato e una informazione completa);
- b) avviare modalità di correlazione fra le attività specialistiche, in particolare per le medesime aree di intervento, anche attraverso modelli organizzativo-funzionali di tipo dipartimentale;
- c) ottimizzazione del rapporto prestazioni/costi, sia in relazione alla domanda dell'utenza, sia in rapporto alla funzionalità dei servizi, razionalizzando la rete delle strutture ambulatoriali pubbliche e considerando il comparto privato convenzionato non solo come area di integrazione al servizio, ma anche quale stimolo concorrenziale e di alternativa qualitativamente controllata.

Nelle ULSS dotate di più sedi poliambulatoriali, sia territoriali che ospedaliere, si provvede a definire l'area di competenza specifica di ciascuna di esse, in stretta correlazione con le aree distrettuali, sia per garantire ai distretti un referente specifico per le attività specialistiche sia per gestire gli eventuali ambulatori specialistici distribuiti.

L'attività specialistica non è da considerare funzione distrettuale; restano purtuttavia salve alcune competenze di questo livello che si pongono in modo strettamente correlato.

Infatti ai Distretti sono affidati compiti gestionali connessi all'attività consultoriale, funzioni di integrazione delle attività specialistiche per la medicina di comunità, compiti di tipo amministrativo relativi all'accesso dell'utenza alle prestazioni specialistiche e di informazione sui servizi specialistici offerti.

Sono pertanto di competenza distrettuale:

- La gestione del centro locale di prenotazione per gli esami specialistici (con il conseguente svolgimento di tutti gli atti di autorizzazione, in diretto collegamento con il centro unico di prenotazione di ULSS);
- L'organizzazione del flusso di richieste di prestazioni specialistiche domiciliari, per la cui effettuazione si dovrà comunque fare riferimento al presidio poliambulatoriale;
- L'organizzazione locale secondo le previsioni della programmazione sanitaria dei centri prelievi ed il relativo trasporto dei campioni biologici al laboratorio analisi di riferimento, nonché il ritiro e la consegna dei referti ai pazienti;
- La gestione delle attività consultoriali pediatriche ed ostetrico-ginecologiche, sulla base delle risorse specialistiche concertate con il settore materno infantile e da questo poste a disposizione;
- L'integrazione degli apporti specialistici con le attività della medicina di base.

### I.5.1. Indicazioni strutturali e territoriali

Il presente piano assegna ai piani attuativi locali il compito di definire i possibili interventi di riordino strutturale e territoriale che vanno formulati rispettando i parametri dimensionali operativi indicati come necessari e sufficienti per le specialità collocate nelle strutture poliambulatoriali, in riferimento al bacino reale di utenza, e in funzione della complessità operativa delle singole specialità.

Infatti le caratteristiche di esecuzione dei vari esami, sia per le attrezzature richieste sia per la complessità tecnica delle prestazioni, condizionano la revisione di collocazione in livelli operativi adeguati, anche per le necessarie interrelazioni funzionali con altre attività specialistiche.

Ai fini quindi di riferimento si considerano tre livelli di complessità operativa per ogni specialità:

livello	esecuzione	attrezzature	carico utenza
I	semplice	poco complessa	alto
II	complessa	costo medio o alto	medio
III	alta complessità	con alto costo	basso

Alcune specialità, in relazione alla loro diffusione ed alta richiesta, raggiungono già al primo livello le soglie critiche dimensionali che ne consentono una autonomia operativa a livello decentrato (con vantaggio per la fruibilità distribuita sul territorio), molte altre sono svolte correttamente unendo primo e secondo livello, mentre le altre specializzazioni operano solo unificando i tre livelli.

La distinzione per livello specialistico va incrociata quindi con quella per tipologia strutturale, dovendosi tener conto anche delle interrelazioni funzionali tra specialità, oltre che alla economicità e concreta possibilità di realizzazione dei diversi poliambulatori specialistici.

I piani attuativi locali dovranno pertanto individuare la localizzazione delle strutture ambulatoriali, le specialità in esse operative e il livello di complessità previsto, secondo quattro tipologie strutturali:

tipologia	specialità	complessità	laboratori analisi	radiologia
poliamb. territ.	ad elevata fruizione	I livello	centro prelievi	no
poliamb. spec. terr. complesso	elevata e media fruizione	I e II livello	lab. an. I e II livello	Rx I e II livel.
poliamb. ospedal. zonale	elevata e media fruizione	I e II livello	lab. an. I e II livello	Rx I e II livel.
poliamb. ospedal. (> 800 pl.)	elevata media/rara fruizione	tutti i livelli	tutti i livelli	tutti i livelli

Le strutture che svolgono attività specialistica devono, pertanto, essere ricomprese nelle tipologie suindicate, ed essere dirette e organizzate da un responsabile, secondo l'articolo 9 della Legge di approvazione del Piano.

Il poliambulatorio territoriale (quale dimensione minima per un corretto svolgimento delle prestazioni specialistiche) assicura una presenza almeno bisettimanale delle seguenti competenze specialistiche:

- cardiologia (con esecuzione e lettura ECG);
- chirurgia generale (con esecuzione piccoli interventi in anestesia locale);
- oculistica;
- otorinolaringoiatria;
- ortopedia;
- dermatologia;
- odontoiatria;
- fisioterapia e rieducazione funzionale.

Per le specialità non incluse è opportuno precisare inoltre che:

- l'ostetricia è considerata come funzione consultoriale e a questo livello deve garantire una attività di base, con la consulenza di operatori medici o in rapporto diretto con il presidio ospedaliero o con convenzioni specifiche;
- la pediatria è parzialmente svolta come funzione consultoriale e in parte garantita dalla pediatria di base convenzionata. Peraltro qualora la copertura della stessa fosse inferiore ai parametri convenzionali si può prevedere una corrispondente presenza specialistica nel poliambulatorio territoriale e/o ospedaliero;
- la radiodiagnostica va effettuata a livello superiore;
- la psichiatria è funzione delegata alle strutture organizzate per l'applicazione della legge sull'assistenza psichiatrica.

Il poliambulatorio specialistico territoriale complesso garantisce una presenza giornaliera feriata per tutte le competenze specialistiche sopraindicate, nonché per le seguenti specialità:

- Gastroenterologia;
- geriatria;
- medicina dello sport;
- neurologia;
- psichiatria infantile;
- oncologia;
- pneumologia (con prove di funzionalità respiratoria);
- reumatologia;
- per il laboratorio analisi si può considerare l'attivazione di una struttura specifica qualora le dimensioni organizzative lo consentano e in particolare non vi sia un presidio ospedaliero cui fare riferimento;
- per la radiologia può essere previsto una dotazione autonoma di diagnostica per l'esecuzione di esami non complessi.

Il poliambulatorio ospedaliero assicura almeno le attività per le funzioni già individuate per il poliambulatorio territoriale complesso ed inoltre sviluppa ambulatorialmente le specialità di cui ha dotazione, secondo specifiche che verranno definite nei piani attuativi locali.

#### 1.5.2. Il responsabile delle attività specialistiche ambulatoriali

Si configurano due tipologie di responsabilità a seconda che l'attività ambulatoriale riguardi ULSS caratterizzate da presidi ospedalieri ubicati in sede capoluogo di Provincia e le altre ULSS.

Nel primo caso la direzione delle attività ambulatoriali svolte in sede ospedaliera viene garantita dal responsabile del presidio mentre per quelle territoriali si individua una responsabilità specifica medica che, nel caso sussistano più strutture, individuerà dei referenti preposti alla gestione ordinaria.

Nel secondo caso la direzione complessiva delle attività, ancorchè svolte in modo articolato e decentrato in diversi presidi territoriali ed ospedalieri, viene garantita dal responsabile del presidio ospedaliero.

Quest'ultimo individuerà per ciascuna struttura un referente preposto alla gestione.

### **1.5.3. Parametri dimensionali di attività**

Nelle tabelle allegate sono individuate per ogni ULSS le specialità e le attività del presidio poliambulatoriale in termini di prestazioni annue per mille abitanti, espresse da un range di accettabilità articolato per specialità.

Tali valori sono desunti da un confronto con le medie di prestazioni effettuate negli anni precedenti ricollocando le ULSS in aree omogenee riferite alla dimensione demografica e quindi per domanda di servizio.

Il range di valori tiene conto di una possibilità di espansione delle attività cliniche e, in misura più contenuta, per le attività diagnostiche, in funzione di un ruolo di filtro al ricovero che le stesse dovranno svolgere, comprendendo anche la quota percentuale di servizio specialistico reso dal convenzionato privato.

Per quest'ultima, peraltro, rispetto ai valori quanti-qualitativi consolidati attuali, si riconferma il tetto regionale massimo del 20% definito dal primo P.S.R., identificando nominativamente con apposito provvedimento della Giunta regionale le singole strutture per realizzare, contestualmente, un maggior riequilibrio territoriale per ampliare le reali possibilità di scelta del luogo di cura da parte del cittadino.

In detta identificazione si procederà attraverso una valutazione di efficienza e di congruità di dette strutture che dovranno contribuire al soddisfacimento delle esigenze diagnostico-terapeutiche territoriali.

In ogni caso, nel corso del triennio, da parte della Giunta Regionale verranno operate delle verifiche annuali di riscontro operativo delle indicazioni di Piano, tendendo per le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio, a ridurre nel triennio, entro i limiti del 40%, le percentuali di apporto delle strutture private in quelle UU.LL.SS.SS. dove si manifestano particolarmente elevate.

I parametri di attività così individuati vanno peraltro ricollocati in una rete di servizi poliambulatoriali correttamente dimensionata, tenuto conto che generalmente lo sviluppo delle strutture poliambulatoriali non ha avuto in tal senso una piena armonia, ma anzi ha favorito fenomeni di dispersione.

### **1.5.4. Dotazioni di personale**

La dotazione di personale da assegnare ai presidi specialistici deve essere correlata al livello organizzativo ed ai tempi complessivi di apertura dei servizi.

In particolare i piani attuativi devono prevedere:

- un medico responsabile del presidio secondo le indicazioni di cui al paragrafo 1.5.2.;
- personale amministrativo per le funzioni di prenotazione e refertazione in relazione alle ore di attività ed all'automazione delle procedure;
- personale infermieristico in funzione delle ore di apertura delle diverse specialità;
- personale medico dipendente e/o convenzionato;
- l'aggiornamento e la formazione del personale convenzionato mediante la partecipazione a corsi di aggiornamento riconosciuti con le procedure previste dalla convenzione organizzati da Università o Società scientifiche nonché ad attività formative rivolte all'utilizzo corretto delle strumentazioni medicali che dovranno essere messe a disposizione ai vari livelli delle strutture ambulatoriali.

La Giunta regionale, a tale proposito, si farà carico di emanare direttive e di coordinare i suddetti momenti formativi.

### **1.5.5. L'attuazione del Piano da parte delle ULSS e degli indicatori di verifica**

Le Unità Locali Socio-Sanitarie, nell'ambito della programmazione attuativa, predispongono protocolli e programmi di attività e sviluppano sistemi di monitoraggio e verifica, anche attraverso attività di reporting periodico, allo scopo di tipizzare le specialità in rapporto alle specificità ed alla localizzazione e di consentire la valutazione sulla realizzazione degli obiettivi di riorganizzazione e di sviluppo individuati in sede di programma.

La programmazione degli interventi terrà conto degli obiettivi di razionalizzazione distributiva delle specialità, sia di convenzionata interna sia di convenzionata esterna, provvedendo altresì alla determinazione dei fabbisogni quali-quantitativi di dotazioni strumentali.

Nell'ambito dei programmi di aggiornamento professionale predisposti, nelle forme e con le modalità previste dagli accordi convenzionali, le ULSS dovranno prevedere appositi percorsi formativi dei medici specialisti convenzionati, all'interno dei servizi specialistici ospedalieri, tesi al costante aggiornamento scientifico ed al perfezionamento nell'utilizzazione della tecnologia più attuale, riferita alle dotazioni strumentali fruibili negli ambulatori territoriali.

Gli indicatori di verifica saranno quindi afferenti a:

- analisi di scostamento dalle caratteristiche organizzative tipo (dotazione di specialità, ore di attività, attribuzione della responsabilità di presidio);
- valutazione quantitativa delle prestazioni rispetto al range individuato per specialità;
- valutazione della qualità del servizio (tempi di attesa, valutazioni campionarie di gradimento);
- analisi di efficienza (rapporto costo/prestazioni, operatori/attività);
- controllo di qualità sulle attività laboratoristiche e radiodiagnostiche.

Sulla base di apposite direttive regionali e nell'ambito di detta programmazione operativa, le ULSS realizzeranno protocolli di verifica della funzionalità organizzativa delle strutture convenzionate in relazione alla permanenza degli standard qualitativi riferiti sia alle dotazioni strumentali sia agli aspetti tecnico-professionali degli operatori addetti, provvedendo ad attivare specifiche azioni di controllo.

Le ULSS perseguiranno quindi l'obiettivo della razionalizzazione e del riequilibrio nella distribuzione di professionisti e strutture per singola branca, con particolare riferimento alle attività

di analisi di laboratorio e di terapia fisica, formula specifiche proposte di convenzionamento in relazione alla necessità di adeguamento dell'offerta alla domanda di servizi e prestazioni ed alla localizzazione delle strutture, ivi compresi i centri di prelievo.

L'istituzione, il trasferimento e la revoca dei rapporti convenzionali con le strutture di diagnosi strumentale sono soggetti ad autorizzazione da parte della Giunta regionale, la quale provvederà altresì, in relazione ai futuri accordi nazionali, a predisporre l'elenco delle strutture convenzionabili per l'arco temporale di validità del Piano.

## **1.6. L'ASSISTENZA SPECIALISTICA OSPEDALIERA**

Le direttrici delineate dal Piano socio-sanitario regionale 1984/1986 per il "Presidio Ospedaliero" appaiono sostanzialmente tuttora valide, sia per quanto attiene alla strategia territoriale di riequilibrio della rete - a favore delle aree depresse e di contestuale riduzione delle divisioni di base e di potenziamento delle medie e alte specialità e servizi - che per quanto riguarda le indicazioni sull'organizzazione e gestione del Presidio Ospedaliero unico di ULSS.

L'approfondimento e l'adeguamento del processo di programmazione riguarda, pertanto, la specificazione degli obiettivi da raggiungere e le loro modalità organizzative di perseguimento, considerando che sul piano attuativo si sono riscontrate rilevanti difficoltà tecniche e politiche nel rientro di dotazioni indicato nella tabella 1 allegata al Piano 1984/1986.

E, d'altra parte, per quanto forte sia stato l'impatto prodotto dalle prescrizioni quantitative indicate dal primo piano socio-sanitario per il sistema ospedaliero, si è trattato di una direttrice valida ed irreversibile suffragata e vincolata dalla normativa nazionale sulla programmazione sanitaria (legge 595/1985) nonché dalle recentissime "misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria" (legge 109/1988 e successivo D.M. 13/9/1988).

Su queste basi il presente Piano sviluppa l'azione di ulteriore razionalizzazione e riqualificazione della rete ospedaliera regionale lungo due direttrici strategiche.

Una prima rivolta a definire l'articolazione e la strutturazione della rete ospedaliera, a fissare gli indirizzi di riqualificazione ed a determinare il contenimento delle dotazioni all'interno dei parametri tendenziali e delle indicazioni previste dall'art. 10 della citata normativa nazionale (legge 595/85).

Una seconda, tesa ad individuare un complesso di azioni volte al recupero di spazi di efficienza e di efficacia del Presidio Ospedaliero, rimuovendo - per quanto concesso dal quadro normativo vigente - i problemi organizzativi che oggi ne limitano l'azione istituzionalmente assegnata e predisponendo contestualmente opportuni indicatori di verifica.

### **1.6.1. L'articolazione della rete ospedaliera**

La necessità di operare un più puntuale riequilibrio territoriale delle strutture, unita alla obiettiva complessità del sistema, reso sempre più articolato dallo sviluppo specialistico e da nuove e sofisticate tecnologie, portano alla conferma di quanto previsto dal Piano 1984/1986, e cioè alla realizzazione di una "rete regionale dei servizi ospedalieri", organizzata per aree più vaste a quelle di ULSS, senza per questo prefigurare alcuna nuova formalizzazione di tipo istituzionale.

Si ritiene infatti che vadano considerati due elementi importanti:

- da una parte, la necessità di mantenere vitale una presenza territorialmente articolata di strutture, mediante la riconversione o lo smantellamento solo di quelle più inadeguate e meno funzionali;
- dall'altra, quella di garantire un livello di efficienza dei servizi, con la concentrazione di risorse nei punti più opportuni ed una distribuzione territoriale delle diverse specialità in rapporto ai rispettivi bacini di utenza ottimali.

La creazione di una rete, nella quale i diversi punti siano tra loro correlati e coordinati, risulta essere l'obiettivo più concreto e realistico, anche in termini di funzionalità, alla luce delle caratteristiche policentriche del sistema veneto ed ai fini di garantire ai cittadini della Regione pari opportunità di fruizione dei servizi di diagnosi e cura.

Premessa, infatti, l'esigenza di garantire in ogni presidio ospedaliero l'espletamento delle attività specialistiche di base per la rispettiva popolazione di riferimento si è definito per ciascun presidio e stabilimento ospedaliero il "ruolo" che lo stesso dovrà svolgere all'interno della rete regionale considerando che le singole funzioni specialistiche, avendo una intensità assistenziale e tecnologica differenziata, implicano uno specifico bacino di affluenza ed una conseguente corretta collocazione territoriale che tenga conto - oltre che delle tradizioni ospedaliere preesistenti - di distanze o percorrenze predeterminate.

Muovendo, quindi, dalle funzioni di maggior complessità e di più elevata specializzazione si è valutato che a queste devono corrispondere ospedali capaci di erogare una serie di interventi sempre implicanti multidisciplinarietà, spesso ad alta tecnologia e rivolti a patologie in genere poco frequenti.

La grande quantità di risorse necessarie per l'impianto e la gestione di poli atti al soddisfacimento di queste richieste, rende non conveniente la moltiplicazione di queste strutture nell'ambito regionale, poichè solo ampi bacini di utenza consentono di effettuare annualmente un numero di interventi sufficientemente elevato per ammortizzare i costi e garantire la qualità dell'assistenza.

Nella nostra Regione sede naturale ed elettiva di tali attività sono i due poli di Padova e Verona che garantiscono quasi totalmente queste funzioni, con una consolidata interrelazione con le strutture universitarie sul piano della ricerca e della sperimentazione e con una capacità di attrazione che in molti casi supera i confini strettamente regionali.

Questa realtà, se da un lato implica limitazione stretta a due sole strutture delle risorse ad alta tecnologia, dall'altro non significa l'automatica duplicazione di ogni investimento, ma solo l'individuazione della sede dove eventualmente attivare funzioni complesse, che di volta in volta andranno valutate e giustificate in base all'entità della domanda regionale e alle potenzialità e competenze già esistenti in loco.

Nelle Convenzioni con l'Università - verranno specificate le opzioni effettuate per questi due presidi ospedalieri dal presente piano per il prossimo triennio e le interrelazioni che dovranno intercorrere fra questi e gli altri presidi della rete ospedaliera regionale.

Passando alle funzioni specialistiche di medio-alta specializzazione si è convenuto che a queste devono corrispondere ospedali con funzioni a carattere multizonale e con compito di svolgere interventi di discreta complessità, rivolti a patologie non rare o eccezionali.

Strutture capaci di erogare una simile assistenza costituiscono un punto strategicamente molto importante nell'ambito della rete di servizi, poichè fungono da raccordo tra le altre istituzioni di rete, riducono la migrazione d'utenza intraregionale, abbattendone la quota non indispensabile,

producono un sensibile risparmio di risorse, evitando di disperdere le potenzialità delle strutture suddette per interventi altrimenti eseguibili.

Affinchè tali strutture possano svolgere una simile funzione è indispensabile una loro locazione, dotazione e dimensionamento ottimale, che in altri termini consenta di minimizzare le migrazioni, con un potenziale bacino d'utenza tale da poter seguire una quantità sufficiente di pazienti, in modo che a potenzialità adeguata corrispondano minimi costi.

In tale contesto funzionale, pertanto, si sono collocati alcuni Presidi Specialistici ad indirizzo riabilitativo e con funzione multizonale - dei quali si tratterà nel paragrafo successivo -, nonché i Presidi Ospedalieri dei capoluoghi provinciali, con la specificità del capoluogo veneziano che va considerato consolidando il Presidio dell'ULSS 16 con quello dell'ULSS 36.

Su questi Presidi, del resto, già il Piano 1984/1986 aveva operato scelte qualificanti, assegnando una tipologia standard di funzioni sufficientemente ampia e consentendo la creazione di strutture di ricovero e di servizi di diagnosi e cura in una logica di riequilibrio territoriale e di precisa assegnazione di ruolo multizonale.

Tale politica, pertanto, viene qui ribadita e sostanziata con politiche attive sul piano degli investimenti edilizi e tecnologici e del personale, nonché unificata con la collocazione del "Dipartimento di Urgenza" (vedi specifica azione programmata) e dei relativi centri di coordinamento per i servizi di emergenza sul rispettivo territorio provinciale.

Una ulteriore attività specialistica viene assicurata da quei Presidi Ospedalieri, dedicati, in generale, agli interventi per patologie comuni.

In quest'ambito, ovviamente, in relazione ai differenti bacini di utenza, e alle consolidate tradizioni ospedaliere, si trovano - accanto alla presenza delle specialità e dei servizi comprensibili nell'area delle funzioni propriamente di base - alcune specialità già di media intensità e di livello sovrazonale.

In nessun caso, tuttavia, tale presenza è contestuale, ovvero sia estesa a tutte le specialità ed ai servizi previsti per garantire un'effettiva funzione multizonale complessiva.

Peraltro, l'adeguamento complessivo della rete ospedaliera previsto dal presente Piano occuperà un arco temporale superiore allo stretto triennio di validità. Ciò soprattutto in considerazione ai tempi occorrenti per le attivazioni, già previste dal precedente Piano, per la predisposizione degli interventi di riordino edilizio e funzionale necessari in molte UU.LL.SS.SS., nella prospettiva di giungere gradualmente, per le realtà che lo richiedono, ad un unico stabilimento di U.L.S.S..

Il quadro complessivo delle dotazioni previste a regime è stato definito tenendo conto dell'articolazione per specialità e degli indicatori di efficienza esposti nella tabella che segue:

SPECIALITA'	Tipologia specialità	P.L. ab. 1000 = 6,5%	T.S. 160%	T.O. 70% 75%	D.M. «11	Indice operat.	Dotaz. minima U.O. (l. 109)	Dotaz. min.	Divis. max
Medicina generale	Base	1,400	34,45	85	12		32	48	96
Chirurgia generale	Base	1,100	27,00	80	9,5	70	32	48	96
Ostetrica e ginecologia *	Base	0,500	12,30	80	6		32	32	96
Pediatria **	Base	0,200	4,90	75	5,5		20	30	80
Ortopedia e traumatol.	Base	0,700	17,20	80	9	70	32	32	96
<b>Totale parziale ***</b>	<b>Spec. Base</b>	<b>3,900</b>	<b>95,85</b>						
Lungodegenza	Intermedie	0,350	8,60	95	40		32	32	96
Geriatría	Intermedie	0,400	9,85	90	16		20	30	90
Recupero e riabilitazione	Intermedie	0,150	3,70	90	25		32	32	
Oculistica	Intermedie	0,120	2,95	80	9	70	20	30	90
O.R.L.	Intermedie	0,200	4,90	80	6	70	20	30	90
Urologia	Intermedie	0,170	4,20	80	10,5	70	20	30	90
Dermatologia	Intermedie	0,060	1,50	90	11		20	30	80
Neurologia	Intermedie	0,200	4,90	85	13		20	30	90
Psichiatria	Intermedie	0,100	2,45	90	14		16	16	
Pneum. e TBC	Intermedie	0,080	2,00	85	18		20	30	80
Malattie infettive	Intermedie	0,060	1,50	50	16		40	40	
Cardiologia + UCIC	Intermedie	0,160	3,95	80	10		28	30	60
Anestesia e rianimazione	Intermedie	0,050	1,25	70	6		8	8	32
<b>Totale parziale</b>	<b>Spec. Inter.</b>	<b>2,100</b>	<b>51,75</b>						
Cardiochirurgia	Alte	0,035	0,85	85	13	90	20	30	60
Neurochirurgia	Alte	0,050	1,23	85	11	70	20	30	60
Oncologia	Alte	0,030	0,75	80	10		20	20	
Radioterapia	Alte	0,030	0,75	80	15		20	30	
Chirurgia plastica	Alte	0,030	0,75	80	9	70	20	30	60
Chirurgia maxillofacciale	Alte	0,020	0,50	85	6	70	20	30	60
Chirurgia toracica	Alte	0,025	0,60	85	14	70	20	30	60
Chirurgia vascolare	Alte	0,020	0,50	85	15	70	20	30	60
Chirurgia pediatrica	Alte	0,020	0,50	80	5	70	20	30	60
Patologia neonatale	Alte	0,030	0,75	75	18		20	30	60
Nefrologia	Alte	0,035	0,85	80	6		20	30	60
Ematologia	Alte	0,012	0,30	85	6		20	30	60
Endocrinologia	Alte	0,012	0,30	80	6		20	30	60
Gastroenterologia	Alte	0,012	0,30	80	12		20	30	60
Diabetologia e mal. ricambio	Alte	0,015	0,37	80	10		20	30	60
Reumatologia	Alte	0,012	0,30	80	16		20	30	60
Medicina del lavoro	Alte	0,012	0,30	80	6		20	30	60
Riabilitazioni specialist.	Alte	0,100	2,50	90			32	32	64
<b>Totale parziale</b>	<b>Spec. Alte</b>	<b>0,500</b>	<b>12,40</b>						
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>Specialità</b>	<b>6,500</b>	<b>160,00</b>						

LEGENDA: P.L. = Posti letto — T.S. = Tasso di spedalizzazione — T.O. = Tasso di occupazione — D.M. = Degenza media  
\* 300/600 parti — \*\* non più di 1000 ricoveri — \*\*\* non più di 120 posti letto

### 1.6.2. La riqualificazione ed il contenimento delle dotazioni ospedaliere

La sopradescritta articolazione della rete ospedaliera rappresenta la griglia strutturale su cui si sono poggiate le scelte di riqualificazione e di contestuale contenimento delle dotazioni ospedaliere.

Muovendo, cioè, da una puntuale ridefinizione del ruolo dei singoli Presidi Ospedalieri Unici di ULSS all'interno della rete di servizio regionale si è in particolare operato lungo le seguenti direttrici:

- 1) generalizzata verifica degli indicatori di efficienza ospedaliera (Degenza Media, Presenza Media ospedaliera, Tasso di occupazione, Indice di Rotazione, ecc.) sui singoli reparti e servizi esistenti (dati triennio 1985-1987) ai fini del rientro nei parametri tendenziali stabiliti a livello legislativo nazionale e dell'ottenimento di una sostanziale compressione delle dotazioni ospedaliere;
- 2) rafforzamento della qualificazione dei presidi con funzioni sovrazionali mediante ampliamento della capacità operativa di alcune attività esistenti e introduzione di nuove funzioni a marcato orientamento specialistico;
- 3) diversificazione dell'offerta ospedaliera mediante potenziamento delle attività rivolte alla riabilitazione, al recupero ed al mantenimento di funzionalità compromesse, con particolare riguardo alla crescente utenza anziana, anche mediante riconversione di strutture ed aree ospedaliere attualmente operanti su funzioni di base con ridotti livelli di efficienza ed efficacia.

Lungo la prima direttrice l'azione di riqualificazione, considerando soprattutto le indicazioni proposte al punto 1 dell'art. 10 della Legge 595/85 e specificate dalla legge 109/88 e dal D.M. 13/9/88, si è incentrata su interventi strutturali volti a riportare il tasso medio di utilizzazione dei posti letto su valori compresi tra il 70 ed il 75% con una durata media della degenza complessiva a 11 giorni (articolarlo tali valori per singola specialità).

Questi hanno riguardato, in modo articolato a seconda delle diverse situazioni sottoposte a verifica:

- a) la riduzione dei posti letto assegnati alle strutture di ricovero;
- b) la trasformazione di alcune divisioni in servizi autonomi o aggregati;
- c) la soppressione di alcuni reparti e servizi inefficienti o sovradimensionati rispetto al proprio bacino di utenza;
- d) la riconversione degli stabilimenti ospedalieri di Costa (ULSS 12) e di Galliera (ULSS 19) nell'ambito del settore socio-assistenziale;
- e) la riconfermata soppressione di alcune strutture per le quali il primo P.S.S.R. aveva previsto la disattivazione ad oggi non ancora intervenuta;
- f) la temporanea non previsione di alcune strutture per le quali il primo P.S.S.R. aveva previsto l'attivazione, successivamente non intervenuta per assenza di spazi edilizi, peraltro non ancora disponibili nel triennio;
- g) la individuazione di aree omogenee nel settore materno-infantile (pediatria, patologia neonatale, ostetricia e ginecologia), nel settore chirurgico (chirurgia generale, oculistica, urologia ed odontoiatria) e in quello medico (nefrologia e neurologia) quale indicazione per realizzare modalità organizzative e gestionali più duttili ed efficienti nell'utilizzo degli spazi e del personale, più aperte all'integrazione dipartimentale e più consone alle esigenze dell'utenza (ad es. abbinamento di madre e bambino nella stessa area degenza);
- h) l'incremento dei posti letto assegnati o la trasformazione di alcuni servizi in divisioni in alcuni pochi casi, ampiamente giustificati dai dati d'attività ed in modo da consentire un più agevole accesso alle strutture medesime.

Tali interventi strutturali, ancorché individuati attraverso l'esame critico dei livelli di attività dei singoli reparti sono comunque esposti (nelle tabelle allegate) con riferimento al Presidio Ospedaliero unico di ciascuna ULSS e tenendo conto dei moduli fissati dal D.M. 13/9/88 per le singole unità operative.

Ciò per consentire a livello locale - mediante il Piano Attuativo - l'approfondimento delle specifiche situazioni e l'individuazione delle soluzioni localizzative migliori, ferme restando le complessive dotazioni assegnate.

Nel riconfermare il principio dell'unicità del presidio ospedaliero si sono, tuttavia, introdotti alcuni elementi di specificazione consigliati dall'esperienza operativa effettuata nel triennio in alcuni contesti territoriali della regione.

Questi hanno portato, da un lato, alla verifica organizzativa di alcuni servizi (in particolare anestesia e rianimazione e pronto soccorso) riconfermandone nella generalità dei casi l'unicità a livello di presidio di ULSS e sdoppiandone l'organizzazione in più stabilimenti in alcune ULSS ove la verifica di attuazione ne aveva dimostrato l'opportunità.

Dall'altro lato, per quanto concerne i servizi tecnico-economici di cucina e lavanderia, si è rilevata l'esigenza di non limitare meccanicamente l'ambito organizzativo dei servizi alla singola ULSS ma di ampliare la verifica anche a realtà più ampie sulla base di solidi presupposti di economia e d'efficienza funzionale, recentemente definiti da apposite ricerche finalizzate.

A tale proposito, per i servizi di lavanderia, si provvederà alla costruzione e gestione di strutture centralizzate con bacino di utenza quantomeno provinciale.

Per quanto concerne la seconda direttrice, di rafforzamento della qualificazione dei presidi con diverso grado di multizionalità, si sono considerate in particolare le differenti esigenze di strutturazione ed articolazione organizzativa di alcuni servizi di diagnosi e cura a seconda dei contesti operativi in cui sono collocati.

Si è trattato, in primo luogo dell'assegnazione dei servizi di emergenza a bacino provinciale, del potenziamento dei servizi di oncologia e dei servizi connessi alle attività di trapianto di organo e dei servizi di bioingegneria.

In secondo luogo si è trattato dei servizi di neuropsichiatria, diabetologia, terapia antalgica che, se debbono essere presenti in ogni ULSS, (il primo, in parte a livello territoriale e gli altri a livello ambulatoriale ed ospedaliero) richiedono adeguati livelli di autonomia e specifiche dotazioni strutturali (a livello di posti letto, di personale e di attrezzature) nei suddetti presidi a valenza multizonali.

In questa logica sono stati, pertanto, differentemente definiti nelle schede zonali (tabelle allegate) concorrendo, soprattutto a livello provinciale, a rafforzare il grado di qualificazione dei rispettivi presidi di assegnazione.

Infine, con la terza direttrice di qualificazione, incentrata sul potenziamento delle strutture e delle attività rivolte alla riabilitazione ed al recupero funzionale, si è inteso ribadire l'esigenza di avviare il trattamento riabilitativo fin dalla fase acuta e, soprattutto, riconoscere pienamente il problema posto dalla Legge 595/85 della diversificazione delle misure d'intervento per gli acuti e riabilitandi.

Problema, quest'ultimo, peraltro già presente nel primo P.S.S.R e che va condotto parallelamente a quello di differenziare l'area degli interventi di natura sanitaria dall'area degli interventi di natura

sociale - ferma restando l'integrazione e il coordinamento che deve esistere fra i due settori -.

Se il complesso delle scelte sin qui delineate tende, infatti, a contenere quantitativamente le dotazioni ospedaliere per qualificarne la capacità-operativa in direzione dei casi acuti, in modo da perseguire la limitazione della permanenza in luogo di ricovero allo stretto indispensabile concentrando le risorse utili allo scopo, non si può contestualmente non riconoscere l'esigenza di predisporre un'adeguata ed articolata capacità ricettiva per i casi di riabilitazione.

Ciò risulta indispensabile sia per completare produttivamente l'attività di diagnosi e cura, che per decongestionare nel contempo le strutture di ricovero destinate agli acuti, che per rispondere all'esigenze poste dal profondo mutamento della struttura della popolazione per classi di età e dalla specifica incidenza dei bisogni connessi alla terza età.

Limitando l'orizzonte di problemi al versante sanitario ed ospedaliero - e sottolineando in ogni caso le positive ripercussioni che ciò comporta sul versante socio-assistenziale - si sono, innanzitutto, riconfermati i Servizi di Recupero e di Riabilitazione Funzionale già istituiti dal primo Piano in ogni ULSS e preposti sia alla riabilitazione precoce dei pazienti ricoverati presso le divisioni ospedaliere che al proseguo del trattamento a livello ambulatoriale. Quest'ultimo, peraltro, non va inteso esclusivamente a livello ospedaliero ma, viceversa, articolato a livello poliambulatoriale e distrettuale.

In secondo luogo, si sono riconfermate e potenziate le divisioni di geriatria. Queste vanno considerate, a tutti gli effetti, reparti per acuti (con degenza media contenuta fra i 15 e i 20 giorni) preposti al recupero psicofisico del malato anziano evitando che la malattia causi una perdita di autonomia funzionale in alcuni distretti corporei.

Laddove, viceversa, ciò risulti inevitabile si possono presentare o fenomeni di cronicizzazione - che come tali vanno trattati in strutture "a carattere misto" sanitario e assistenziale e per le quali si rinvia alle indicazioni esposte nelle tabelle dei presidi di ULSS nonché al progetto-obiettivo "tutelare la salute degli anziani" - o fenomeni di aggravamento che richiedono una degenza ospedaliera presso i reparti di lungodegenza riabilitativa.

Questi ultimi, pertanto, sono stati confermati e numericamente ampliati:

- qualificando quegli stabilimenti ospedalieri che già attualmente presentano un indirizzo riabilitativo;
- avviando una riconversione di quegli stabilimenti ospedalieri (Lamon, Malo, Soligo, Crespano, Giustinian, Cavarzere) che si è ritenuto possano più adeguatamente svolgere tale funzione rispetto ad attività già ampiamente presenti in altri stabilimenti dell'ULSS.

In tali reparti e presidi a prevalente indirizzo riabilitativo dovranno, quindi, trovare qualificata risposta quei pazienti affetti da patologie che abbisognano di una lunga riabilitazione medica nonché i pazienti ad uno stadio terminale che necessitino di cure continue ospedaliere.

Infine si è previsto un potenziamento delle strutture riabilitative di tipo specialistico, che richiedono specifiche attività di recupero anche di costo medio-alto, su quattro tipologie di fabbisogni riabilitativi:

- a) RIABILITAZIONE NEUROLOGICA per pazienti con difetti al sistema nervoso centrale e periferico per malattie congenite o acquisite irreversibili (morbo di Parkinsons, cerebroleso, ecc.) e prolungati, ecc.);
- b) RIABILITAZIONE NEUROMOTORIA per paraplegici, tetraplegici, medullolesi, gravi amputati, ecc.;

- c) RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA per pazienti con esiti di patologie cardiache acute;  
 d) RIABILITAZIONE PNEUMOLOGICA per pazienti con difetti nella fisiologia respiratoria per malattie congenite o acquisite.

A tal fine vengono individuate le seguenti strutture tra loro integrate:

- a) le divisioni ed i servizi di Recupero e Rieducazione funzionale;  
 b) i Centri Regionali per il completamento del ciclo riabilitativo compresa la fase del reinserimento sociale (attività occupazionali) nei presidi ospedalieri di Malcesine (ULSS 26), Valeggio sul Mincio (ULSS 33), Mezzaselva (ULSS 35) e nello stabilimento termale di Battaglia Terme (vedi successivo capitolo I.9.);  
 c) l'Unità Spinale Integrale, il cui polo di emergenza è rappresentato dalla attività neurochirurgica di Verona mentre l'attività riabilitativa post-acuta viene svolta dal presidio di Vicenza.

I Centri di cui ai punti b) e c) costituiscono supporto alla Scuola di specialità di Medicina fisica e Riabilitazione dell'Università di Padova.

Il complesso delle suddette azioni di contenimento e riqualificazione delle dotazioni ospedaliere presenta nelle 36 Unità locali socio-sanitarie della Regione il seguente quadro di mutamento rispetto al precedente Piano Socio-Sanitario Regionale:

	Divi- sioni	Sezioni aut.	Sezioni aggr.	Servizi aut.	Servizi aggr.	Servizio	Settore	Posti letto
PSSR 1984/86								
Strutture	565	1	72	8	1	=	=	31.263
Servizi	=	=	=	539	74	208	5	1.338
Totale	565	1	72	547	75	208	5	32.601
PSSR 1989/91								
Strutture	562	1	74	8	2	=	=	27.394
Servizi	=	=	5	628	210	219	=	2.501
Totale	562	1	79	636	212	219	=	29.895
Differenza:								
Strutture	-3	=	2	=	1	=	=	-3.837
Servizi	=	=	5	89	136	11	-5	1.131
Totale	-3	=	7	89	137	11	-5	-2.706

Relativamente alla sovradotazione strutturale ancora esistente, nonostante le riduzioni effettuate (7,3 posti letto per mille abitanti rispetto allo standard nazionale del 6,5 per mille), con la delibera della Giunta Regionale n° 1933 dell'11/4/89 di applicazione del D.M. 13/9/1988, di cui alla legge 109/88, si è evidenziato che la determinazione delle dotazioni ospedaliere regionali deve tener conto dei seguenti correttivi:

- a) per 750 posti letto, pari allo 0,17 per mille alla mobilità interregionale di circa 18.000 ricoveri, derivante dal saldo tra "l'attrazione" esercitata soprattutto dalle specialità medio-alte, per 51.000 ricoveri e la fuga di 33.000 residenti ricoveratisi in altre regioni confinanti, e da calcolarsi ai sensi di quanto previsto dal punto 1. lettera a) dell'art. 10 della Legge 595/85;
- b) per 750 posti letto pari, allo 0,17 per mille al tasso di spedalizzazione regionale valutato correttamente del 164,2 per mille (contro il valore standard nazionale del 160%) considerando l'incidenza della specifica struttura della popolazione regionale rispetto alla spedalizzazione media italiana per le tre classi di età più interessanti (0-14, 15-64, 65 e oltre);
- c) per 160 posti letto, pari allo 0,04 per mille, al bacino di utenza del comprensorio del Primiero (Provincia di Trento) in conseguenza della apposita convenzione stipulata tra la Provincia Autonoma di Trento e la Regione Veneto, approvata con deliberazione della Giunta Regionale n. 5839 del 27/10/81;
- d) per 500 posti letto, pari allo 0,11 per mille ed al 1,6 per mille della dotazione complessiva, all'attività di day-hospital secondo quanto consentito al punto 7 lettera e) dell'art. 1 di cui al D.M. 13/9/88.

Con tali correttivi si perviene quindi ad un tasso di posti letto per mille abitanti pari al 6,99 per mille.

Nella stessa delibera si è evidenziato infine che circa 1750 posti letto, pari allo 0,40 per mille, riguardano invece funzioni lungodegenziali improprie ospitate in regime di transitorietà in spazi ospedalieri, in attesa che siano realizzate riconversioni degli stessi spazi, già analiticamente individuati nei presidi di Lamon, Malo, Soligo, Crespano, Giustinian e Cavarzere e in altre strutture ospedaliere, secondo la fattispecie contemplata al punto F.5 dell'art. 2 di cui al D.M. 13/9/88 (R.S.A.).

Le dotazioni quantificate con i criteri suddetti di valutazione del fabbisogno regionale sono state individuate - nella sede di P.S.S.R. e sulla base delle proposte avanzate dalle ULSS - tenendo conto sia degli indirizzi organizzativi definiti dall'art. 2 del D.M. 24/9/88 che delle norme per la rideterminazione dei posti letto contenute nell'art. 1 del citato decreto.

### **1.6.3. Interventi sul piano organizzativo**

In questa parte del piano vengono riportati una serie di interventi operativi volti a recuperare spazi di efficienza e di efficacia nella gestione del presidio ospedaliero.

In particolare il complesso degli interventi è rivolto a recuperare spazi di autonomia funzionale che il presidio ospedaliero ha visto progressivamente compromessi nella concreta attuazione del modello di ULSS disegnato dalla Riforma e appaiono, viceversa, essenziali affinché il presidio ospedaliero possa efficacemente svolgere il ruolo che di fatto gli deriva dalla concentrazione di competenze professionali e risorse tecnologiche che in esso si sono consolidate.

La concreta attuazione di un approccio quale quello sopra delineato richiede il superamento di sedimentate compartimentalizzazioni che rendono finora disattesa la continuità assistenziale.

In questo scenario complessivo che viene qui assunto, quale riferimento per una strategia di

approccio all'intervento organizzativo sul presidio ospedaliero, si sono individuate una serie di azioni mirate a specifici problemi organizzativi dell'ospedale che pur costituendo nel loro complesso un "pacchetto" organicamente legato da omogeneità di obiettivi e criteri consentono di attuare l'intervento in modo graduale e secondo più puntuali valutazioni di priorità.

Peraltro, gli interventi proposti sono stati formulati sulla base di due criteri fondamentali:

- mettere in essere meccanismi che consentano l'acquisizione di una maggiore, convinta disponibilità degli operatori;
- rimanere all'interno del quadro normativo vigente a livello nazionale e regionale, tenendo presenti le proposte di modifica del sistema, attualmente in discussione nelle competenti sedi istituzionali.

Per quanto attiene l'enfasi posta sul ruolo delle risorse umane nei processi di trasformazione organizzativa, questa scaturisce dal convincimento che sia quanto mai opportuno intervenire sugli aspetti motivazionali del lavoro (medico in particolare), suggerendo ipotesi di incentivazione non esclusivamente legate ad aspetti economici ma anche a condizioni organizzative che facciano sentire l'operatore "protagonista". Tutto ciò al fine di superare la frustrazione diffusissima all'interno del mondo sanitario conseguente al mancato riconoscimento del merito, all'immobilismo derivante dalla viscosità dei meccanismi organizzativi, alla perdita di punti di riferimento certi, perdita particolarmente viva per il presidio ospedaliero a seguito della dispersione dei centri decisionali che di fatto caratterizza il sistema organizzativo dell'ULSS.

Le indicazioni operative di seguito specificate sono riconducibili ad alcune aree particolarmente critiche nell'assetto organizzativo del presidio ospedaliero.

Tali aree sono:

- l'autonomia gestionale dell'ospedale;
- la gestione manageriale dell'ospedale;
- l'attivazione di modalità di lavoro dipartimentale;
- l'impatto della tecnologia sull'ospedale.

a) Per quanto concerne l'autonomia gestionale dell'ospedale, le indicazioni proposte si rapportano ai seguenti obiettivi:

- riconduzione ad unità delle elaborazioni progettuali riguardanti il comparto ospedaliero e loro completa integrazione nel complesso programmatico dell'ULSS;
- razionalizzazione del rapporto fra struttura ospedaliera e settori amministrativi centrali, guadagnando una dimensione operativa precipua per le esigenze amministrative espresse dal complesso insieme delle risorse ospedaliere (umane, strumentali, ecc.);
- riconoscimento di un'autonomia budgetaria per l'intero presidio e per le sue articolazioni organizzative e funzionali.

b) In materia di gestione manageriale dell'ospedale, l'intervento proposto si sviluppa non nella direzione di una modellistica della struttura direzionale, ma nell'introduzione di strumenti concreti per esercitare un'efficace azione direzionale.

Gli strumenti proposti sono:

- un sistema di indicatori per il monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dell'attività ospedaliera;
- un sistema di monitoraggio dell'attività infermieristica e tecnica;

- meccanismi operativi di incentivazione del personale.
- c) Il tema dell'avvio di "modalità di lavoro dipartimentali" è stato sviluppato con riferimento al complesso dei meccanismi organizzativi e delle procedure di supporto che possono facilitare una effettiva integrazione delle competenze e un utilizzo più razionale delle risorse tecnologiche al limite anche prescindendo dalle strutture formali.
- d) Il rapporto fra "Ospedale e tecnologia" è stato sviluppato con riferimento al problema della tutela dell'operatore e del paziente rispetto al complesso dei rischi che l'utilizzo della tecnologia ospedaliera comporta.

#### I.6.3.1. Attivazione, all'interno del presidio ospedaliero di una funzione specifica di programmazione

Si propone la costituzione di gruppi di lavoro fra loro integrati al fine di ricondurre la progettazione delle attività ospedaliere all'interno del più generale processo di programmazione posto in essere dai relativi settori.

L'articolazione organizzativa proposta, che può essere adattata alle dimensioni e complessità delle realtà locali, prevede:

- un gruppo di lavoro per ogni stabilimento ospedaliero, coordinato dal responsabile del Presidio Ospedaliero;
- un gruppo di lavoro per il Presidio Ospedaliero, costituito da componenti dei singoli stabilimenti e coordinato dal Responsabile del Presidio;
- al gruppo partecipano il coordinatore sanitario e il coordinatore amministrativo per il raccordo fra la progettazione ospedaliera e tutti i servizi esistenti.

L'intervento proposto trova la sua motivazione nelle seguenti esigenze essenziali:

- garantire unitarietà e continuità alle elaborazioni progettuali dell'Ufficio di Direzione;
- attivare un processo di effettivo coinvolgimento; che assicuri al Presidio Ospedaliero condizioni di autonomia gestionale, attraverso la specificità delle elaborazioni progettuali, e al tempo stesso unitarietà all'interno della programmazione intersettoriale dell'ULSS.

L'attivazione di un sistema di programmazione come quello ipotizzato si propone i seguenti obiettivi:

- migliorare l'efficienza organizzativa, consentendo, per le sue caratteristiche di articolazione diffusa e di coinvolgimento, di tenere sotto controllo un ampio numero di variabili;
- definire, per ogni livello operativo, un assetto organizzativo più congruo e più facilmente realizzabile.

La concreta realizzazione del modello di programmazione esposto deve considerare, infine, due esigenze fondamentali:

- a) una corretta definizione dei rapporti tra la sfera tecnica e la sfera politica. A quest'ultima deve essere riservata la interpretazione delle priorità emergenti in termini di bisogni sanitari e organizzativi nella realtà locale e l'individuazione delle linee strategiche di risposta a tali bisogni.

Alla sfera tecnica deve essere riservato il ruolo di elaborazione di soluzioni che consentono una dotazione e organizzazione delle risorse fisico-tecniche adeguate a rispondere in modo efficiente ed efficace a quei bisogni.

- b) l'insieme delle attività svolte dai gruppi di lavoro deve configurarsi come un supporto tecnicamente qualificato che pur realizzando un concreto processo di coinvolgimento e partecipazione fanno salve le prerogative di autonomia decisionale che devono rimanere per una efficace azione direzionale prerogativa del responsabile del presidio.

La Giunta Regionale con propria deliberazione regolerà modalità di composizione e funzionamento dei suddetti gruppi di lavoro.

#### **I.6.3.2. Attivazione di una unità operativa amministrativa all'interno del presidio ospedaliero**

Si propone la istituzione di uno staff amministrativo all'interno del Presidio Ospedaliero che sia di supporto al Responsabile Sanitario dello stesso.

Detto staff sarà costituito da personale dirigente o direttivo del ruolo amministrativo e tecnico dell'ULSS, preposto alle seguenti funzioni: affari generali e stato giuridico del personale, servizi economici e servizi tecnici.

L'articolazione e la composizione interna del nucleo amministrativo dovrà essere definita in funzione della dimensione e complessità organizzativa del Presidio, avendo presente che per ogni stabilimento ospedaliero facente parte del Presidio, dovrà essere previsto un ufficio tecnico-economico per la gestione dei Servizi Generali del singolo ospedale, dipendente dai servizi economici e tecnici del Presidio Ospedaliero dell'ULSS.

La proposta formulata si ricollega alla generale esigenza di recuperare spazi di autonomia gestionale del Presidio Ospedaliero reinserendo una funzione amministrativa di cui era stato di fatto privato con l'avvento della legge 833/1978 e della legge regionale di organizzazione delle ULSS.

L'esigenza di una funzione amministrativa autonomamente gestita all'interno del Presidio scaturisce dalla rilevanza e dalla specificità che il supporto amministrativo ha nei confronti dell'attività ospedaliera e rappresenta l'unica soluzione proponibile per superare le difficoltà attuali di riferirsi con tempestività alla struttura amministrativa centrale dell'ULSS.

Garantendo una maggiore tempestività, certezza ed attendibilità nelle risposte alle esigenze amministrative correnti si potrà ottenere una maggiore efficienza nello svolgimento delle attività.

Inoltre il nucleo amministrativo è strumento essenziale per rendere operativa l'attribuzione del budget al Presidio Ospedaliero e favorire l'autonomia gestionale del Presidio.

#### **I.6.3.3. Attribuzione di un budget di presidio**

Si intende attribuire un budget di spesa al Presidio, articolabile per stabilimenti, reparti e servizi e rapportato al processo di programmazione.

L'assegnazione, tenuto conto dei vincoli assegnati al reparto dalla programmazione, dovrebbe prevedere una quota con destinazione vincolata e una quota lasciata alla discrezionalità operativa del responsabile per attuare iniziative sue proprie.

L'utilizzo delle risorse sarà oggetto di verifica nei confronti degli orientamenti progettuali assegnati e delle modificazioni delle condizioni operative realizzate.

Gli eventuali risparmi realizzati potranno essere utilizzati o per assicurare le attrezzature del reparto

o servizio o per incrementare la quota incentivi per il personale, come specificato al cap. I.6.4.6.

Per la gestione del budget dovrà essere assicurato un adeguato supporto informatico.

L'intervento proposto scaturisce da due motivazioni essenziali:

- Realizzare un aumento dei margini di autonomia gestionale del Presidio.
- Coinvolgere il personale nella gestione finanziaria attivando meccanismi di partecipazione sui problemi del contenimento della spesa.

La disponibilità di un nucleo amministrativo di cui al paragrafo precedente può facilitare una maggiore tempestività nella realizzazione delle decisioni assunte, che può tradursi in un recupero di efficienza e di efficacia.

Dovrà coinvolgere la dirigenza sanitaria in una più attenta valutazione delle necessità organizzative e tutto il personale sulle soluzioni più idonee per il miglioramento dell'attività.

Non può essere non ricordato, in questo contesto, l'impegno che la Regione Veneto ha assunto nel sostenere e coordinare una sperimentazione di rilevanza nazionale specificamente finalizzata a verificare le correnti possibilità di introdurre logiche e strumenti di gestione budgettaria (budget base zero).

#### **I.6.3.4. Definizione di un sistema di indicatori per il monitoraggio dell'efficienza e dell'efficacia dell'attività ospedaliera**

Si propone l'attivazione di un sistema integrato di indicatori, alcuni dei quali specificamente orientati a valutazioni di efficienza, altri a valutazioni di efficacia, ottenibili in parte attraverso un'utilizzazione sistematica di flussi informativi correnti, in parte attraverso l'introduzione di momenti specifici di rilevazione.

Gli indicatori proposti sono i seguenti:

- Indicatori di efficienza durata media della degenza;
- indice di occupazione;
- indice di rotazione;
- nomogramma di Barber;
- indice di ospedalizzazione;
- nomogramma di Gandy;
- DRGS (gruppi di diagnosi clinicamente correlabili ad analogo consumo di risorse).

Indicatori di efficacia:

- tasso di incidenza delle infezioni ospedaliere;
- giustificazione dell'intervento chirurgico;
- soddisfazione del bisogno assistenziale (quale autovalutazione del paziente condotta tramite questionario al momento della dimissione).

L'attivazione del sistema di indicatori proposto necessita un potenziamento del sistema informativo e interventi specifici di formazione del personale e si propone di:

- Conoscere e quindi valutare le caratteristiche di efficienza ed efficacia del Presidio.

- Consentire un'azione di controllo sostanziale sugli obiettivi conseguiti.
- Consentire un recupero di efficienza, attraverso una razionalizzazione e riconversione delle risorse disponibili.
- Realizzare un processo circolare capace di incidere sull'efficienza gestionale e sull'efficacia assistenziale attraverso la corresponsabilizzazione degli operatori.

La Giunta Regionale predisporrà, in merito, una direttiva contenente le indicazioni operative per la strutturazione del sistema di indicatori sopra proposto che, progressivamente, dovrà fornire indicazioni utili anche all'assegnazione dei fondi e del personale alle ULSS.

#### **1.6.3.5. Attivazione di un sistema di monitoraggio dell'attività infermieristica e tecnica**

Per l'attività infermieristica si propone di sviluppare un intervento articolato su quattro direttrici:

- definizione di un protocollo di lavoro infermieristico basato su schede di intervento elaborate considerando la tipologia di dipendenza del malato, dell'apparato interessato e del motivo di ricovero;
- adozione di una cartella infermieristica orientata alla valutazione delle esigenze assistenziali del paziente e dell'impegno infermieristico conseguentemente necessario;
- attivazione di audit infermieristico attraverso la costituzione di un "gruppo di lavoro" misto formato da medici della direzione sanitaria, da medici curanti e da operatori professionali con il compito di valutare e rivedere i processi assistenziali;
- introduzione di meccanismi di incentivazione non direttamente collegati ad istituti di carattere economico, quali piani di aggiornamento mirati ad introdurre elementi di management nella qualificazione professionale del personale infermieristico.

Analogamente si dovrà operare per l'attivazione di un sistema di monitoraggio delle attività tecniche, al fine di definire opportuni protocolli di lavoro degli operatori tecnici.

Si dovrà altresì prevedere l'introduzione di meccanismi di incentivazione attraverso piani di aggiornamento mirati allo sviluppo delle funzioni di management di competenza del personale tecnico.

Gli interventi proposti traggono la loro motivazione dall'esigenza di superare la logica attuale, incentrata più sul medico che non sui problemi posti dal quadro clinico complessivo del paziente e si propongono di:

- recuperare efficienza sviluppando un'azione di maggior conoscenza del lavoro infermieristico;
- superare casi sempre più diffusi di demotivazione del personale infermieristico;
- assicurare un miglior livello qualitativo dell'assistenza.

#### **1.6.3.6 Attivazione di meccanismi operativi di incentivazione del personale**

Si propone di attivare i seguenti strumenti:

- fondo comune da ripartire fra il personale in funzione del grado di raggiungimento di prefissati obiettivi;
- budget di reparto finalizzato al miglioramento delle condizioni di gestione (formazione, dotazione strumentale).

I mezzi finanziari possono essere reperiti facendo riferimento al fondo dell'incentivazione e al fondo per la formazione e ricerca.

Al fine di valutare il grado di conseguimento di maggiori livelli di efficienza e di efficacia cui sono legati gli incentivi proposti, si propone di far riferimento agli indicatori previsti al precedente paragrafo 1.6.3.4..

L'attivazione di meccanismi incentivanti trova la sua motivazione nell'esigenza di superare lo stato di diffusa frustrazione derivante dall'attuale mancanza di un riscontro oggettivo nell'impegno individuale e peraltro può consentire, innescando processi di reale coinvolgimento, di effettiva partecipazione, un effettivo miglioramento dei livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni di assistenza in atto.

#### **I.6.3.7. Dipartimentalizzazione intra ed extra ospedaliera**

Seguendo una logica generale di privilegiare i meccanismi operativi rispetto agli assetti strutturali si ritiene che la problematica centrale del dipartimento non stia tanto nella definizione di un modello organizzativo ottimale quanto nella realizzazione di meccanismi operativi che facilitino modalità di lavoro dipartimentali. Tra questi rivestono particolare rilievo i seguenti:

- definizione di protocolli diagnostici e terapeutici;
- attivazione di flussi informativi integrati;
- adozione di meccanismi di mobilità del personale;
- programmi formativi adeguati;
- modalità specifiche di incentivazione.

Tali meccanismi possono rispondere a quelle esigenze di integrazione tra divisioni e servizi complementari o affini, anche extra ospedalieri e di convergenza delle competenze per assicurare una migliore cura del malato che costituiscono i fondamenti della logica dipartimentale.

Essi potranno consentire di superare le difficoltà di comunicazione ed interscambio, dovute alla verticalità delle strutture ospedaliere e alla scarsa integrazione con i servizi del territorio.

Possono facilitare un recupero di efficienza, una crescita culturale del personale coinvolto, sia in termini di professionalità tecniche, sia in termini di esperienza organizzativa dei servizi.

Per le Unità locali socio-sanitarie che realizzano l'organizzazione dipartimentale e le aree omogenee, saranno previsti incentivi in ordine alla ripartizione di risorse finanziarie per investimenti in attrezzature e facilitazioni per l'aggiornamento professionale degli operatori.

#### **I.6.3.8. Rilevazione analitica dei rischi derivanti dall'uso delle tecnologie**

Si propone la realizzazione di una rilevazione analitica dei rischi specifici derivanti dall'introduzione della tecnologia.

I rischi da rilevare sono quelli:

- elettrico;
- termico;
- meccanico;
- chimico;
- da radiazioni ionizzanti;
- microbiologico.

A questa deve seguire la definizione di un sistema articolato di attività di manutenzione e controllo finalizzati a rendere minimo il rischio attraverso interventi di:

- manutenzione preventiva;
- controlli di sicurezza;
- controlli funzionali;
- manutenzione ordinaria.

Si ritiene necessario, inoltre, regolamentare in modo puntuale il comportamento degli operatori in modo da accrescere il livello di sicurezza.

Il complesso degli interventi ipotizzati presuppone l'attivazione di un "nucleo operativo per la sicurezza" del quale dovranno far parte il Responsabile del Presidio, il Responsabile dell'ufficio tecnico e del settore o servizio per la prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e ove esiste il Servizio di Bioingegneria.

L'esigenza di una particolare attenzione ai problemi della sicurezza trova la sua motivazione essenziale nel fatto che l'introduzione massiccia di tecnologia ha portato il rischio degli operatori e dei pazienti a livelli non governabili in assenza di adeguati strumenti di controllo.

#### **I.6.3.9. Sviluppo dell'attività di spedalizzazione diurna (Day Hospital)**

L'esigenza di strutturare le attività di spedalizzazione diurna, per quelle patologie che richiedono trattamenti qualificati ma per i quali non è indispensabile la degenza e l'ambulatorio è insufficiente, deriva da molteplici ragioni di ordine assistenziale ed economico.

Lo sviluppo di tali attività, infatti, può consentire la realizzazione di risparmi nelle spese di gestione e di funzionamento e garantire forme di assistenza ospedaliera più elastiche con positive ricadute sul versante psicologico e del paziente.

Con la necessaria gradualità e sperimentazione, consigliata da un quadro esperienziale - anche a livello regionale - non univoco e consolidato, si ritiene che tali attività possano riguardare tre tipologie di prestazioni:

- a) diagnostico - strumentali, essenzialmente in fase antecedente al ricovero, laddove può essere ritenuto opportuno concentrare in poco tempo accertamenti funzionali e strumentali anche appartenenti a diverse specialità (laboratorio, radiologia, cardiologia, ecc.).

In particolare per quegli esami che presentano la possibilità di un qualche rischio immediato e che per un disagio fisico e psichico al paziente richiedono una degenza di qualche ora (endoscopia, broncoscopia, gastroscopia, arteriografia, biopsia, ecc.).

Oppure ancora per piccoli interventi di chirurgia generale o specialistica che sono eseguibili senza degenza ma per i quali è sconsigliato l'immediato allontanamento del paziente (ad esempio I.V.G., esami biotici sotto anestesia, laparoscopie, ecc. in ostetria e ginecologia oppure, nel settore oncologico, accertamenti chirurgici su lesioni cutanee e del cavo orale, nodulo mammario sospetto, adenopatie, neoformazioni vulvo vaginali, ecc.);

- b) terapeutiche per quei casi in cui, specie in fase successiva al ricovero, è necessaria una somministrazione controllata e periodica di farmaci particolari evitando ulteriori e costosi ricoveri al paziente.

Le specialità interessate possono essere molteplici:

dall'oncologia (emotrasfusioni, terapia antitumorale per infusione venosa continua, terapia antalgica) alla medicina interna (diabete e nutrizione, malattie ipertensive, artropatie, broncopneumopatie, miocardiopatie, epatopatie, gastroduodenopatie, ecc.), dalla pediatria (crisi asmatiche, chetosi, indigestioni accidentali, lievi traumi cranici, ecc.) alla nefrologia e

- alla psichiatria in cui già si registrano notevoli e consolidate pratiche di spedalizzazione diurna;
- c) riabilitative laddove si trattano casi in cui non vi è indispensabilità del ricovero ma non è neppure opportuno un trattamento a livello territoriale domiciliare (lesioni nervose, cardiopatie, insufficienze respiratorie e tutti quei casi - specie nell'utenza anziana - in cui periodici ricoveri diurni possono evitare recidive degenze protette).

In quest'ambito sono particolarmente coinvolte la specialità di recupero e riabilitazione funzionale, la geriatria e la lungodegenza, la cardiologia, la neurologia e la pneumologia.

La strutturazione di tali attività (ivi compreso il proseguimento di quelle già avviate) dovrà essere concepita, in generale, quale parte integrante delle attività delle divisioni e dei servizi di diagnosi e cura, con posti letto ricavati all'interno delle dotazioni di reparto (assegnate dalle schede del presente piano) e nell'ambito della riorganizzazione del lavoro e degli spazi delle stesse.

Si ritiene, infatti, per quanto concerne la struttura operativa e l'organizzazione gestionale del day hospital che sia convenientemente generalizzabile la concezione dello stesso quale struttura interna dell'ospedale attraverso piccole sezioni di degenza annesse alle singole divisioni e servizi specialistici e, quindi, come modalità di lavoro dei reparti e servizi piuttosto che di una nuova struttura.

Per la psichiatria, viceversa, l'attività di ospedalizzazione diurna è da collocare preferibilmente in locali del Centro di Salute Mentale territoriale, nei quali saranno svolte funzioni non solo terapeutiche, per una alternativa al ricovero ospedaliero a tempo pieno, ma anche funzioni riabilitative in collegamento stretto con attività espressive, ludiche, ricreative e occupazionali (cooperative, artigianato, agricoltura, ateliers, ecc.) per la prevenzione della lungodegenza.

Non si escludono a priori, in ogni caso, altre possibili configurazioni dell'attività. Ad esempio quale struttura autonoma e indipendente all'interno dell'ospedale od in sede extraospedaliera con stretti legami tecnico e funzionali con l'ospedale.

Su questi aspetti anzi, certamente aperti a più soluzioni, la Regione si impegna a condurre specifici studi ed approfondimenti atti ad individuare e sperimentare i possibili modelli ed a valutare proposte alternative formulate dalle ULSS attraverso i piano attuativi, fermo restando i vincoli relativi alle dotazioni di posti letto e di personale, secondo quanto previsto dal punto c) comma 7 dell'art. 1 del D.M. 13 settembre 1988.

L'attività di spedalizzazione diurna richiede infine una apposita istituzionalizzazione da parte delle ULSS, fissandone modalità di accesso e di gestione anche sul piano formale, atte ad incentivare anziché penalizzare tali attività (come, per certi aspetti e seppure involontariamente, è avvenuto fino ad oggi sul piano pratico e normativo).

In particolare, l'ammissione del paziente dovrà essere segnalata all'Ufficio Accettazione dell'Ospedale per la sua presa in carico. La registrazione dei nuovi accolti dovrà essere effettuata con l'assegnazione di uno specifico numero nosologico (diverso da quelli che contraddistinguono i ricoveri ordinari e fisso per tutto l'anno solare in corso).

Pertanto ogni paziente in spedalizzazione diurna avrà una unica scheda clinica annuale dove saranno riportate le annotazioni - anche per accessi a distanza di tempo - inerenti controlli diagnostici effettuati e le terapie applicate.

Ogni divisione e servizio che attua la spedalizzazione diurna compilerà, infine, un apposito modulo "movimento malati" per questo tipo di pazienti, per ciascun giorno solare, anche se privo di alcuna presenza.

## I.7. LE CONVENZIONI CON L'UNIVERSITA'

L'art. 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, detta le norme relative alle convenzioni fra le regioni e le università per disciplinare l'apporto, nel settore assistenziale, delle facoltà di medicina in ordine alla realizzazione degli obiettivi della programmazione sanitaria regionale, e per la utilizzazione da parte delle medesime facoltà - per esigenze di ricerca e di insegnamento - di idonee strutture delle Unità Locali Socio-Sanitarie e l'apporto di queste ultime ai compiti didattici e di ricerca della università.

Tali convenzioni sono stipulate sulla base di uno schema-tipo emanato di concerto tra i ministri della pubblica istruzione e della sanità, sentite le regioni, il consiglio sanitario nazionale e la sezione del consiglio superiore della pubblica istruzione.

La particolare funzione didattico-scientifica dell'università richiede, per l'organizzazione dei servizi delle Unità Locali Socio-Sanitarie di Padova e di Verona, logiche organizzative differenziate rispetto a quelle applicate per le altre Unità Locali Socio-Sanitarie.

Le convenzioni sopra indicate prevedono la possibilità di collaborazioni con altre ULSS del Veneto per la realizzazione di attività didattiche periferiche, pur nel rigoroso rispetto della programmazione prevista per ogni singola struttura sanitaria dal PSSR.

Per la definizione dei rapporti convenzionali regione-università sono stabilite le seguenti direttive:

- necessità di considerare l'istituzionale integrazione tra discipline biologiche e discipline cliniche;
- necessità di coinvolgere operativamente le strutture sanitarie pubbliche nell'attività didattica del corso di laurea e delle scuole di specialità attraverso:
  - a) la partecipazione di personale sanitario, anche mediante la figura del professore a contratto, e l'utilizzo delle strutture ospedaliere ed extra ospedaliere;
  - b) una programmazione vincolante delle Scuole di Specialità e del numero degli specializzandi in relazione alle necessità regionali.

La Regione assume l'impegno di contribuire con ogni mezzo possibile, compresi finanziamenti in conto capitale e modificazioni degli organici del personale medico e tecnico, al potenziamento delle strutture del servizio sanitario necessarie a mantenere efficienti sia sul piano operativo, sia sul piano tecnologico, le attività dei Centri Ospedalieri ed Universitari di Padova e Verona.

La Regione si riserva inoltre la possibilità di stipulare speciali convenzioni con le facoltà di farmacia, veterinaria, scienze, fisica, chimica, ingegneria e altre facoltà ed enti e istituti di ricerca onde avvalersi di contributi tecnico-scientifici funzionali ai fini della realizzazione del presente P.S.S.R..

## I.8. LE STRUTTURE SPECIALISTICHE AMBULATORIALI E DI RICOVERO IN CONVENZIONE

La programmazione regionale intende salvaguardare il pluralismo delle istituzioni che erogano prestazioni sanitarie e si pone come metodo per la definizione di ambiti e di corretti rapporti di collaborazione tra servizio pubblico e strutture private.

La funzione complementare delle istituzioni sanitarie private dovrà essere intesa qualificante e correlata all'attività dei presidi esistenti nelle strutture pubbliche, nonché al riequilibrio territoriale ed al fabbisogno di prestazioni previste dal Piano socio-sanitario regionale per il triennio.

Il Piano si pone come strumento vincolante di definizione formale di ambiti programmati di collaborazione tra servizio pubblico e strutture private, al fine di dare risposte adeguate e coerenti ai bisogni reali, nella convinzione della validità dell'apporto delle istituzioni private, per i cittadini e per il servizio pubblico.

L'analisi del fabbisogno di prestazioni specialistiche ambulatoriali e di ricovero, sotto il punto di vista qualitativo e quantitativo, e quella dell'apporto al suo soddisfacimento da parte dei diversi tipi di strutture pubbliche e private, sono gli elementi base di confronto e di ricerca di accordi programmati da valere per periodi di tempo pluriennali, perchè esperienze professionali, dotazioni strumentali e potenzialità imprenditoriali siano correttamente usate al servizio di finalità pubbliche.

### 1.8.1. Le strutture convenzionate di ricovero

Particolare attenzione sarà posta nell'accertamento del possesso dei requisiti previsti, nella vigilanza sulla qualità dell'assistenza, nella valutazione congiunta dei dati di attività e di produttività, ai sensi delle vigenti disposizioni.

Nel Veneto gli ospedali classificati sono i seguenti:

Ospedali generali di zona:

- "S. Camillo" di Treviso;
- "Prof. De Gironcoli" di Conegliano V. (Treviso);
- "Sacro Cuore" di Negrar (Verona);
- "Villa Salus" di Mestre-Venezia.

Ospedali specializzati provinciali:

- "Istituto San Camillo" di Venezia-Alberoni;
- "Don Calabria" di Negrar (Verona);
- "Villa S. Giuliana" di Verona;
- "S. Raffaele Arcangelo" (Fatebenefratelli) di Venezia.

Per le case di cura private - per le quali con legge regionale 30 dicembre 1985, n° 68 si è provveduto a disciplinare l'autorizzazione e la vigilanza e a definire le caratteristiche funzionali minime, per assicurare livelli di prestazioni non inferiori a quelli erogati dai corrispondenti presidi e servizi pubblici - il presente piano individua, per ognuna di esse, il ruolo svolto ed il numero dei posti letto autorizzati e convenzionabili nell'ambito dell'assistenza ospedaliera.

A tal fine le case di cura private sono suddivise in quattro categorie:

- case di cura che svolgono un ruolo integrativo dell'assistenza sanitaria pubblica, perchè ubicate in zone scarsamente servite o situate in zone con particolari caratteristiche (bacino termale euganeo):
- casa di cura "Abano Terme" di Abano Terme (Padova);
- casa di cura "Madonna della Salute" di Contarina (Rovigo);
- casa di cura "S. Marco" di Mestre-Venezia;
- casa di cura "Dr. Pederzoli" di Peschiera del Garda (Verona).

Le suddette quattro case di cura, in attuazione del precedente Piano, sono state riconosciute presidi dell'Unità Socio-Sanitaria Locale di appartenenza, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 43, 2° c., della legge 23 dicembre 1978, n° 833 e vengono, pertanto, equiparate, ai fini

dell'erogazione dell'assistenza sanitaria ai Servizi direttamente gestiti dall'U.L.S.S.. I relativi rapporti con l'U.L.S.S. competente per territorio, sono regolamentati da apposite convenzioni, in conformità allo schema tipo di convenzione nazionale per le prestazioni sanitarie in regime di degenza e, per quanto si riferisce alle prestazioni ambulatoriali, con limiti, criteri e modalità stabiliti dalla Giunta Regionale;

- case di cura che per il particolare indirizzo terapeutico svolgono un servizio non solo per il Veneto, ma anche per le altre regioni; sono convenzionabili per un numero di posti letto strettamente necessario al fabbisogno regionale. I rimanenti posti letto sono al servizio delle Unità Locali Socio-Sanitarie delle altre regioni con spese di degenza a loro carico come peraltro già in atto dal 1° gennaio 1978.

A tale categoria appartengono:

- "Pio XII" di Misurina (BL);
  - "S.Camillo" di Venezia-Alberoni;
  - "Carlo Steeb" di Venezia-Alberoni;
  - "Stella Maris" di Venezia-Alberoni.
- case di cura che concorrono a integrare l'intervento delle strutture pubbliche per lo svolgimento di specifiche attività specialistiche.

A tale categoria appartengono:

- "Villabruna Bellati" di Feltre (BL);
  - "Villa Maria" di Padova;
  - "Città di Rovigo" di Rovigo;
  - "S.Maria Maddalena" di Occhiobello (RO);
  - "Giovanni XXIII" di Monastier (TV);
  - "Sileno e Anna Rizzola" di San Donà di Piave (VE);
  - "Chierago e Perbellini" di Verona;
  - "Villa Lieta" di Verona;
  - "Città di Verona" di Verona;
  - "S.Francesco" di Verona;
  - "Villa Garda" di Garda (VR);
  - "Eretenia" di Vicenza;
  - "Villa Berica" di Vicenza.
- case di cura, che per il particolare indirizzo nosologico, svolgono la loro attività non solo per l'Unità Locale Socio-Sanitaria cui appartengono, ma anche per le altre Unità Locali Socio-Sanitarie della Regione.

A tale categoria appartengono:

- "Parco dei Tigli" di Teolo (PD);
- "Park Villa Napoleon" di Preganziol (TV);
- "Villa S.Chiara" di Verona;
- "Trieste" di Padova, centro medico di foniatria e di rieducazione acustica.

### I.8.2. Le strutture specialistiche ambulatoriali in convenzione

Particolare attenzione sarà posta nell'accertamento del processo dei requisiti previsti, nella verifica della qualità delle prestazioni erogate, nella valutazione congiunta dei dati di attività e di produttività, ai sensi delle vigenti disposizioni.

Nel Veneto le strutture specialistiche ambulatoriali di diagnostica strumentale e di laboratorio saranno individuate con apposita deliberazione della Giunta Regionale, sentita la competente Commissione consiliare.

### I.8.3. Direttive programmatico-organizzative

Sulla base dell'esperienza trascorsa, è possibile predisporre direttive programmatico-organizzative, su cui articolare i rapporti tra rete ospedaliera e ambulatoriale pubblica e privata convenzionata, pervenendo ad un ulteriore assestamento e ad una più precisa calibratura di obiettivi.

La realistica determinazione delle risorse disponibili e una coerente scelta di priorità si considerano criteri validi ai fini dell'assestamento e della maggiore qualificazione delle strutture private in convenzione, le quali a conferma di previsioni e risultati, in complesso hanno dimostrato una buona vitalità nell'ambito della rete assistenziale, ambulatoriale e di ricovero in particolare, della Regione.

In tal senso, privilegiando il colloquio diretto tra la struttura privata e l'ULSS di appartenenza, per le decisioni vincolanti a livello regionale, secondo le disposizioni di Piano, gli interventi ritenuti indispensabili sono:

- 1) l'utilizzazione di indicatori di efficienza ospedaliera (degenza media, presenza media giornaliera e tasso di occupazione) ai fini del rientro in parametri tendenziali stabiliti a livello nazionale;
- 2) la riconversione o l'ulteriore qualificazione di alcune strutture in direzione riabilitativa, considerando le crescenti esigenze connesse all'utenza anziana nonché ai fabbisogni di particolari fasce di utenza affette da patologie specifiche.

Per conseguire una maggiore articolazione e qualificazione funzionale collegate a più elevati livelli di efficienza operativa, si prevedono interventi sul piano organizzativo quale l'assegnazione a fascia funzionale superiore (riclassificazione) di alcune case di cura private, secondo i requisiti prescritti dalla specifica normativa nazionale in vigore.

L'assegnazione a fascia funzionale superiore (riclassificazione) è riservata ad alcune Case di Cura private, secondo le indicazioni di cui alle tabelle allegate e per la durata di vigenza del presente Piano, ovviamente in presenza e costanza dei requisiti di norma. La Giunta Regionale provvede, con gli atti di competenza, al riscontro dei requisiti di classificazione alla fascia funzionale superiore, prescritti dalla vigente normativa.

Possibili lavori edilizi non potranno prescindere da considerazioni di carattere programmatico e dovranno essere preventivamente autorizzati dalla Giunta Regionale.

Il sistema informativo sanitario regionale infine, con il supporto di strumenti informatici, si rivelerà un utile e insostituibile strumento di auditing per l'attuazione delle prescrizioni di Piano in relazione a standard concordati con le rappresentanze delle categorie convenzionate.

#### I.8.4. Assistenza sanitaria in forma indiretta

Per quanto concerne l'assistenza sanitaria in forma indiretta occorre premettere che le fonti di riferimento sono:

- L'art. 25 della L. 833/78.
- L'art. 5 della legge n. 33/80, di conversione del D.L. n. 663/1979.
- L'art. 3 della legge n. 595/85.

Conformemente a quanto previsto dagli artt. 4 e 5 della L.R. n. 83 del 13.6.1975, riconfermati dal P.S.S.R. 1984/86 approvato con L.R. n. 13/1984, il ricorso all'assistenza ospedaliera in forma indiretta è stato regolamentato come segue:

- a) gli assistiti residenti nel Veneto che si ricoverino in istituti di cura non convenzionati o in classi diverse da quella comune in istituti convenzionati, hanno diritto, previa autorizzazione al ricovero da parte dell'U.L.S.S., al rimborso di una quota pari alla spesa media di ricovero in classe comune nelle case di cura private convenzionate del Veneto;
- b) gli assistiti residenti nel Veneto che si trovino fuori del territorio nazionale, qualora l'assistenza ospedaliera non sia garantita da convenzioni internazionali, hanno diritto ad egual rimborso come per i casi di cui alla lett. a).

In attuazione di quanto sopra, la Giunta Regionale determina di anno in anno le quote di rimborso e le modalità dello stesso. Inoltre:

- a) per i ricoveri in Centri altamente specializzati in Italia o all'estero, autorizzati dall'U.L.S.S., limitatamente a interventi chirurgici particolarmente complessi, la Giunta Regionale autorizza annualmente con apposito provvedimento le U.L.S.S. all'erogazione agli aventi diritto residenti nel Veneto di un contributo omnnicomprensivo, seppur limitato, sulle spese sanitarie;
- b) per i ricoveri dovuti a particolari ed eccezionali eventi morbosi, che richiedono interventi di rilevante complessità non effettuabili in strutture pubbliche o convenzionate del territorio nazionale la Giunta Regionale, determina annualmente, previo parere di apposita Commissione, il rimborso totale delle spese sanitarie sostenute dagli assistiti residenti nel Veneto.

Le prestazioni sanitarie ambulatoriali di diagnostica e terapia strumentale di alta specializzazione tecnologica possono essere fruite in forma indiretta presso strutture private a condizione:

- a) che la prestazione sia ritenuta indispensabile e non possa essere soddisfatta nelle strutture pubbliche e in quelle private convenzionate;
- b) che le strutture private siano le uniche detentrici delle relative apparecchiature o siano comunque le sole in grado di garantire la prestazione.

La Giunta Regionale individua annualmente le particolari prestazioni usufruibili in assistenza indiretta e ne stabilisce le modalità di accesso nonché i limiti di rimborso della spesa da parte delle UU.LL.SS.SS..

#### I.8.5. I centri di riabilitazione

L'art. 26 legge 23 dicembre 1978, n. 833 stabilisce che le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali vengono erogate dalle Unità Socio-Sanitarie o direttamente attraverso i propri servizi o mediante convenzione stipulata in conformità allo schema-tipo approvato dal Ministero della Sanità con D.M. 18/5/1984, con Istituti esistenti nella Regione, aventi i requisiti indicati dalla legge.

Data la natura e il tipo di intervento di riabilitazione tali strutture devono essere collegate e integrate con i servizi di prevenzione, di cura e di assistenza sociale, onde realizzare interventi unitari e interdisciplinari atti a risolvere i numerosi e diversi problemi che riguardano i disabili fisici, psichici e sensoriali (problemi di ordine riabilitativo, socio-assistenziale, di educazione e di formazione, qualificazione e riqualificazione professionale, ecc.).

Il centro di riabilitazione è pertanto una struttura socio-sanitaria finalizzata essenzialmente a mettere in atto un complesso di interventi riabilitativi e abilitativi tecnicamente qualificati per il recupero funzionale di pazienti portatori di disabilità e handicaps fisici, psichici, sensoriali, esiti di varia patologia.

Riguardo alla tipologia, tali centri possono essere monovalenti o polivalenti intendendosi questi termini riferiti sia alle fasce di età e sia, più propriamente, alla patologia.

Per quanto attiene all'età, i centri devono strutturarsi in attività diurne o residenziali, differenziate a seconda che si tratti di soggetti in età evolutiva o di adulti, possono invece non essere previsti limiti di età per l'accesso alle strutture ambulatoriali.

Per quanto attiene alla patologia appare necessario tendere alla polivalenza, fatta eccezione per alcune strutture che richiedono una qualificazione in senso specifico. I centri erogano le prestazioni secondo le seguenti modalità:

- trattamenti ambulatoriali: (con diversa prevalenza di attività extra-murale e domiciliare) per soggetti affetti da handicaps settoriali e non complicati;
- trattamenti diurni: (day hospital) per soggetti con patologia complessa o pluriminorati che richiedono interventi diagnostico-prognostici e riabilitativi pluriprofessionali integrati, intensi e continuati;
- trattamenti residenziali: per soggetti, di cui al punto precedente, in situazioni socio-economiche, ambientali o territoriali che non consentono il trattamento ambulatoriale o in day hospital.

Di seguito sono elencati i centri di riabilitazione convenzionati ai sensi dell'art. 26 legge 23/12/1978 n. 833.

- ULSS n. 8: I.M.P.P. Villa Maria - Monticello Conte Otto, La Nostra Famiglia - Vicenza;
- ULSS n. 10: La Nostra Famiglia - Treviso;
- ULSS n. 12: La Nostra Famiglia - Conegliano;
- ULSS n. 13: A.I.A.S. - Castelfranco Veneto;
- ULSS n. 14: La Nostra Famiglia - Caorle VE;
- ULSS n. 16: Centro eliomarino "S. Camillo" - Alberoni VE;
- ULSS n. 21: La Nostra Famiglia - Padova; U.I.L.D.M. Padova; A.I.A.S. - Padova; A.I.S.M. di Padova;
- ULSS n. 25: U.I.L.D.M. - Verona; Centro "Don Calabria" - Verona;
- ULSS n. 29: Istituti polesani per la cura e la tutela mentale di Ficarolo.

La tipologia dell'attività di riabilitazione, nonché le modalità di trattamento sono comprese nelle tabelle analitiche per ogni Unità Locale Socio-Sanitaria ove è ubicato il centro.

### I.8.6. Centri regionali specializzati e centri di medicina sociale

La Giunta Regionale, sulla base della legge regionale 30 maggio 1975 n. 57, ha istituito centri regionali specializzati con funzioni multizonali, collocati in prevalenza a Padova e a Verona.

I centri regionali sono elencati nella tabella 3 in allegato.

I centri regionali specializzati, istituiti per lo studio della epidemiologia e della prevenzione, per la diagnosi e cura delle malattie congenite e acquisite, ivi comprese quelle derivanti da cause ambientali e da lavoro, devono essere collegati alle strutture e ai servizi delle UU.LL.SS.SS.. Ciò al fine di svolgere le funzioni istituzionali di studio sulla prevenzione delle minorazioni o malattie di propria competenza, sviluppando specifici programmi di ricerca, di formazione professionale, specializzazione e aggiornamento scientifico degli operatori sanitari, informazione e consulenza tecnica alle UU.LL.SS.SS..

I centri di medicina sociale di cui al D.P.R. 11 febbraio 1961, n. 249, e alla legge regionale 30 maggio 1975, n. 57, sono gestiti dalle UU.LL.SS.SS. come servizi funzionalmente collegati con le rispettive strutture del presidio ospedaliero e, su base dipartimentale, con le altre strutture sanitarie del territorio.

Altri centri di medicina sociale, rivolti ad altri settori dell'attività medica e con funzioni multizonali, a servizio dell'area regionale, sono i seguenti:

- centro di oftalmologia sociale, nelle UU.LL.SS.SS. n. 3 Belluno; n. 8 - Vicenza; n. 10 - Treviso; n. 21 Padova; n. 25 - Verona; n. 30 - Rovigo; n. 36 - Venezia terraferma;
- centro per l'emofilia, nelle UU.LL.SS.SS. n. 13 - Castelfranco Veneto come aggregato al servizio trasfusionale; n. 21 - Padova; n. 25 - Verona;
- centro per le reumartropatie, nell'U.L.S.S. n. 16 Venezia;
- centro regionale per le malattie metaboliche dei neonati, nell'U.L.S.S. n. 25 - Verona;
- centro per le miocitemie, nell'U.L.S.S. n. 30 - Rovigo.

Il presente Piano prevede poi che in tutte le UU.LL.SS.SS. sia istituito un servizio di diabetologia per la prevenzione e cura del diabete mellito.

I centri per la rieducazione fonetica dei laringectomizzati sono previsti dalla legge regionale 17 maggio 1974 n. 30 e vengono istituiti in tutte le UU.LL.SS.SS..

Detti centri costituiscono una risposta adeguata alla necessità di questa categoria di invalidi civili soprattutto per quanto riguarda la rieducazione fonetica e la preparazione psicologica del laringectomizzato prima e dopo l'intervento.

### I.9. Il termalismo terapeutico

Si riconfermano relativamente alle prestazioni idrotermali, e limitatamente al solo aspetto terapeutico, le indicazioni e le direttive già fornite dal precedente P.S.R. 1984/86 riguardanti le aziende termali pubbliche e private convenzionate ubicate nelle Unità Locali Socio-Sanitarie 7, 21 e 23 che si configurano come servizio multizonale.

In particolare per quanto attiene ai rapporti UU.LL.SS.SS./ Aziende si dovrà fare riferimento ai contenuti di cui allo schema tipo di convenzione approvato con D.M. 19/5/1986.

Per quanto concerne lo stabilimento termale "P. D'Abano" di Battaglia Terme, si riconfermano le destinazioni sanitarie già individuate che prevedevano la qualificazione del presidio in senso riabilitativo e rivolto a tre raggruppamenti di forme morbose per le quali si configura l'indicazione terapeutico - riabilitativa della terapia termale e cioè:

- malattie neuromuscolari, indicate nello schema di classificazione predisposto a cura del centro specializzato regionale per le malattie neuromuscolari, istituito dalla Regione ai sensi della legge regionale 30 maggio 1975, n. 57;
- reumoartropatie in particolare stato di evoluzione, in specifico l'artrite reumatoide e le artriti croniche, la spondiloartrite anchilosante, i reumatismi extraarticolari ed alcune forme di artrosi, le sequele di traumi e di interventi chirurgici a carico dell'apparato locomotore;
- reumoartropatie ed esiti di traumi dell'apparato locomotore.

A tal fine si possono individuare i seguenti momenti gestionali e procedurali:

- a) definizione della pianta organica e dei servizi necessari per l'espletamento delle funzioni sanitarie;
- b) trasferimento nei ruoli regionali del personale attualmente qualificato ed impegnato in attività sanitaria con le modalità e le procedure di cui all'art. 67 della L. 833/78;
- c) definizione con le autorità centrali dell'INPS delle modalità di espletamento della gestione transitoria ai fini di garantire la continuità dell'ordinaria gestione dell'Istituto fino all'avvenuta riconversione;
- d) predisposizione del progetto di riconversione strutturale ed esecuzione delle opere edilizie necessarie ai fini dell'adeguamento del complesso alle finalità sopra definite;
- e) adeguamento conseguente delle attrezzature e dei servizi sanitari.

## I.10. SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

La Regione Veneto individua come esigenza prioritaria ed urgente la ristrutturazione della Veterinaria Pubblica regionale finalizzandola al conseguimento di una più incisiva capacità di governo in un settore in cui particolarmente forte appare la dialettica fra i rischi legati all'evoluzione dei processi produttivi ed il diritto collettivo alla salute.

Il miglioramento della qualità del governo e del modello organizzativo e gestionale, una più puntuale definizione degli obiettivi e delle attività, delle risorse disponibili e del loro uso ed infine degli strumenti e metodi operativi necessari a garantire una maggiore efficacia ed efficienza nonché una maggiore omogeneità di comportamenti su tutto il territorio regionale, sono gli obiettivi fondamentali da perseguire nel settore della Sanità Pubblica Regionale nel triennio 1989-1991.

### I.10.1. L'assetto organizzativo

#### Il rapporto Regione-UU.LL.SS.SS

Considerata l'esigenza di garantire uno stretto rapporto tra la Giunta regionale e le UU.LL.SS.SS, si costituisce un Comitato di coordinamento regionale composto da:

- il Coordinatore del Dipartimento per i Servizi Veterinari regionale, che lo presiede;
- i Coordinatori dei Comitati Provinciali dei Settori Veterinari;
- il Coordinatore del Dipartimento Igiene Pubblica;
- il Direttore dell'Istituto Zooprofilattico;

— il Responsabile del Centro regionale di Epidemiologia Veterinaria.

Questo Comitato permanente potrà richiedere inoltre la partecipazione di figure tecniche che si ritengano di volta in volta necessarie.

Il Comitato di Coordinamento regionale viene sentito dal Dipartimento per i Servizi Veterinari per l'emanazione di indirizzi vincolanti per i Comitati di Coordinamento Provinciali.

Spetta al Comitato stesso verificare l'espletamento delle funzioni già individuate per l'osservatorio epidemiologico regionale e sviluppare uno stretto rapporto tecnico con l'Assessorato all'Agricoltura e con l'Assessorato all'Ambiente.

#### **Il coordinamento tra le UU.LL.SS.SS. della Provincia**

Il presente Piano, allo scopo di:

- razionalizzare gli interventi;
- definire metodologie comuni;
- analizzare in termini omogenei problematiche non risolvibili in ambiti territoriali limitati;
- garantire il massimo utilizzo delle risorse;
- affrontare adeguatamente le emergenze;

costituisce un Comitato di coordinamento fra i Settori Veterinari della provincia composto dai singoli Responsabili di settore, dal Responsabile della Sezione dell'Istituto Zooprofilattico, dal Coordinatore del Comitato di coordinamento fra i Settori Igiene Pubblica della provincia, dal Responsabile del Presidio Veterinario multizonale e dal Responsabile del P.M.P..

Il Comitato è coordinato dal Responsabile del Settore Veterinario della U.L.S.S. capoluogo. Il Comitato ha sede nella U.L.S.S. capoluogo che è tenuta a mettere a disposizione del Comitato stesso tutti i supporti amministrativi e tecnici specifici idonei ad operare, in aggiunta a quelli già utilizzati presso il Settore Veterinario.

Il Comitato avrà il compito di:

- elaborare direttive per le UU.LL.SS.SS. della provincia, da proporre alla Giunta Regionale nel caso in cui se ne ravvisi l'opportunità specie nelle materie in cui una soluzione ottimale difficilmente è individuabile a livello di singola U.L.S.S.;
- definire protocolli congiunti atti ad omogeneizzare gli interventi e le procedure delle diverse UU.LL.SS.SS. provinciali;
- indicare le priorità e valutare, prima della trasmissione alla Regione, gli atti essenziali per una corretta gestione programmatoria, riguardante in particolare:
  - i programmi mirati di prevenzione;
  - i piani attuativi per la parte di competenza;
  - le priorità di ammodernamento tecnologico ed aggiornamento delle piante organiche;
  - i criteri del rapporto Servizi/Istituto Zooprofilattico e Centro Epidemiologico;
- verificare lo stato di avanzamento ed attuazione dei programmi, dei progetti e delle attività attribuite al Comitato.

#### **La riorganizzazione dei servizi delle UU.LL.SS.SS.**

Nell'ambito del Piano 1989/91 azione prioritaria è quella di completare la riorganizzazione dei Settori di Sanità Pubblica Veterinaria delle UU.LL.SS.SS. e le relative dotazioni organiche

attraverso un apposito provvedimento legislativo di modifiche della L.R. 77/80 secondo i seguenti criteri:

#### **Articolazione del settore in servizi**

In ciascuna U.L.S.S. il Settore Veterinario, si articola in due Servizi, corrispondenti alle aree funzionali previste dall'art. 17c-DPR 761/79:

- Servizio di Sanità Animale e igiene dell'allevamento e delle produzioni animali;
- Servizio di igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.

A tale articolazione, che non può essere mero adempimento formale, deve corrispondere una coerente operatività del personale sul territorio.

L'articolazione del settore in servizi, infatti, costituisce il modello organizzativo indispensabile a razionalizzare l'operatività dei servizi e, mediante la dovuta specializzazione degli operatori, l'adeguamento dei servizi stessi alle dinamiche evolutive dei settori produttivi.

Al riguardo le UU.LL.SS.SS., qualora particolari situazioni lo richiedano, possono identificare ed istituire oltre ai due servizi previsti, ulteriori specifici servizi per favorire l'efficacia e l'efficienza di intervento in ambiti che esigano moduli organizzativi con specifica operatività.

In ogni caso l'organizzazione del Settore veterinario in servizi deve privilegiare il momento della ricomposizione unitaria della funzione veterinaria nel suo complesso.

Alla riorganizzazione del settore in servizi deve, ovviamente, corrispondere uno sforzo di razionalizzazione dell'utilizzo del personale addetto attraverso una puntuale attribuzione di compiti e responsabilità definiti sulla base delle rispettive professionalità e livelli funzionali.

#### **Articolazione territoriale**

Lo svolgimento delle funzioni dei Servizi si esplica attraverso moduli organizzativi territoriali di base rappresentati dai Distretti veterinari i cui ambiti sul piano amministrativo possono coincidere con quelli dei Distretti Sanitari o comprendere più distretti, senza modificarne la perimetrazione.

Il personale veterinario e tecnico è organizzato su base distrettuale nel rispetto dell'articolazione funzionale dei servizi. Qualora le caratteristiche del territorio, delle popolazioni animali, il numero e la tipologia degli impianti sottoposti a controllo veterinario non giustificano una specifica organizzazione del personale su base distrettuale, la relativa operatività dei servizi viene garantita a livello inter-distrettuale.

#### **Presidio veterinario multizonale**

Nella logica del potenziamento e della ristrutturazione del servizio, le attività di competenza del P.V.M. sono le seguenti:

- a) profilassi antirabbica, attraverso la cattura dei cani randagi e la gestione dei canali della provincia;
- b) organizzare ed effettuare il servizio disinfezione, disinfestazione e derattizzazione per quanto attiene la profilassi e polizia veterinaria;
- c) organizzare ed effettuare nel territorio della provincia la raccolta e distruzione degli animali morti di qualsiasi specie, avvalendosi, per questo scopo, di strutture pubbliche ove esistono e di convenzioni con strutture private ove possibile;
- d) impatto uomo-animale-ambiente, per quanto di pertinenza, con particolare riferimento alle

deiezioni liquide e solide degli allevamenti.

L'esercizio delle restanti attività del Presidio Veterinario Multizonale di cui alla L.R. 77/80 e successive modificazioni spettano ai Settori veterinari di ciascuna UU.LL.SS.SS..

Il Veterinario responsabile del P.V.M. è un veterinario dirigente appartenente all'area funzionale Sanità Animale e Igiene dell'allevamento e delle produzioni animali e fa parte di diritto nell'Ufficio di Direzione dell'U.L.S.S. capoluogo.

#### **Pianificazione, indirizzo e coordinamento, controllo e verifica**

L'esercizio delle funzioni di pianificazione, indirizzo e coordinamento, controllo e verifica tecnica ed amministrativa sulle modalità di erogazione dei servizi e dei risultati conseguiti è compito della Regione che lo esplica attraverso il Dipartimento veterinario Regionale che dovrà essere riorganizzato adeguandone le dotazioni di personale, mediante l'attivazione di specifici servizi, strutture e attrezzature.

Nell'esercizio delle sue funzioni la Regione organizzerà strumenti di supporto consultivo ed operativo che, oltre l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, possono essere identificati in:

#### **a. Commissione di Sanità pubblica veterinaria regionale**

Tale Commissione che ha funzioni di coordinamento e consultive è composta dal Dirigente del Dipartimento veterinario regionale, dai responsabili del Coordinamento provinciale, dal Direttore dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, dal Responsabile del Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria, da un rappresentante del Dipartimento Agricoltura e del Dipartimento Igiene Pubblica, da un rappresentante della categoria dei veterinari liberi professionisti e da un rappresentante dei veterinari pubblici dipendenti, degli allevatori e dei produttori e consumatori di alimenti di origine animale maggiormente rappresentative in ambito Regionale.

#### **b. Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria**

Il Centro ha funzioni di strumento operativo della Regione con funzioni di studio e coordinamento delle attività di sorveglianza epidemiologica finalizzate alla pianificazione e verifica delle azioni veterinarie.

Il Centro verrà istituito presso la sede centrale dell'Istituto Zooprofilattico delle Venezie di Padova che provvederà ad attivare una specifica Gestione Speciale con personale, attrezzature e contabilità separati.

All'Istituto verranno assegnate specifiche risorse finanziarie per la gestione del Centro e l'effettuazione delle relative attività, sulla base di programmi di attività pluriennali ed annuali definiti nell'ambito della Commissione di Sanità Pubblica Regionale.

#### **Assistenza zoiatrica**

Le UU.LL.SS.SS., sulla base di indirizzi che verranno emanati con apposito atto amministrativo, sentito il Comitato di Coordinamento regionale, devono garantire un efficace espletamento delle attività di assistenza zoiatrica sul loro territorio.

A tal fine sentiti gli ordini professionali e le Organizzazioni sindacali, stipula convenzioni con veterinari liberi professionisti singoli o associati, secondo modalità da definirsi con direttive regionali.

Ove necessario tale attività, potrà essere espletata da veterinari dipendenti in regime di plus orario subordinatamente all'espletamento degli altri compiti istituzionali.

Laddove infine la garanzia di una assistenza zoiatrica continuativa non sia possibile con le succitate soluzioni le prestazioni di assistenza zoiatrica vengono assicurate dalla U.L.S.S. con proprio personale dipendente.

#### I.10.2. Definizione dei metodi di intervento e di esecuzione delle attività

Obiettivo fondamentale della Sanità Pubblica Veterinaria regionale è quello di garantire una erogazione dei servizi che sia aderente ai bisogni espressi ed inespressi del territorio secondo criteri operativi omogenei su tutto il territorio Regionale.

Il perseguimento di tale obiettivo è possibile solo a condizione che l'attività veterinaria venga espletata secondo il metodo della pianificazione e della programmazione garantendo la piena partecipazione degli operatori e dell'utenza.

A tale scopo appare indispensabile attivare una metodologia gestionale basata sulla definizione di programmi settoriali, piani di lavoro e protocolli operativi definiti sulla scorta di una puntuale verifica dello stato sanitario, delle risorse disponibili e del loro uso.

Tale metodologia gestionale va estesa gradualmente a tutte le U.U.L.L.S.S.S.S. sulla scorta di indirizzi emanati dalla Regione, su proposta della Commissione di Sanità Pubblica Veterinaria Regionale che recuperino l'utile esperienza sulla materia già fatta nell'ambito di attività pilota in essere in ambito Regionale.

Va inoltre definito, e approvato dalla Giunta Regionale un regolamento di igiene veterinaria tipo che dovrà essere adottato dai singoli Comuni.

Grande rilevanza assume ai fini di una corretta gestione dei servizi la acquisizione del concetto secondo cui le risorse vanno indirizzate in modo puntuale al soddisfacimento dei bisogni piuttosto che alla mera razionalizzazione dell'offerta.

In quest'ottica diventa fondamentale l'esigenza di individuare, da un lato, i bisogni di servizi indotti dallo stato sanitario delle popolazioni animali, dal livello igienico-sanitario dei prodotti di origine animale destinati all'alimentazione umana, dallo stato dei rapporti uomo-animale-ambiente; dall'altro, di verificare l'offerta potenziale ed attuale di servizi ovvero le risposte o "prodotti" che il sistema veterinario è in grado di fornire e fornisce sceverando fra i bisogni e la domanda che si genera.

E' evidente che ciò comporta la definizione di una metodologia di governo che definisca i processi operativi sulla base di un'analisi critica permanente delle complesse interazioni fra ambiente (naturale e sociale), popolazione umana e popolazioni animali in funzione dello stato sanitario e degli interventi necessari a migliorarlo.

Il passaggio ad un tale sistema di governo comporta uno sforzo di carattere formativo e tecnico-organizzativo notevole che non può essere compiuto in tempi brevi.

Nell'arco del triennio, pertanto, nel settore veterinario se da un lato si continuerà nella erogazione di servizi legati alle azioni tradizionali e comunque imposte dalle normative vigenti, dall'altro, si innescheranno processi che consentano il passaggio graduale verso forme di erogazione di servizi pianificati in funzione dei bisogni indotti dallo stato sanitario delle popolazioni animali, dal livello igienico sanitario degli alimenti di origine animale e dalle modificazioni dell'ambiente indotte dalla presenza degli animali. A tal fine essenziali appaiono:

- a. la attivazione del Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria come strumento operativo della Regione per la definizione del sistema di sorveglianza veterinaria regionale;
- b. la creazione di un sistema informativo veterinario, anche con il coinvolgimento dell'ESAV Regionale, visto come vettore attraverso cui i dati sullo stato sanitario, sullo stato dei servizi e delle azioni veterinarie vengono raccolti, analizzati e distribuiti in funzione di un metodo di governo basato sulla partecipazione, sulla programmazione, sulla verifica ed il controllo permanente delle attività;
- c. la definizione di un programma di formazione che sia in grado sia di indurre le necessarie modificazioni dei comportamenti degli operatori in servizio in funzione delle nuove metodologie di gestione delle attività che di fornire a quelli di nuova assunzione gli elementi essenziali della specifica professionalità di operatore di Sanità Pubblica Veterinaria;
- d. la definizione di un progetto per la formazione di una coscienza sanitaria veterinaria dei cittadini e degli operatori zootecnici, in collaborazione con i vari enti operanti nel settore, che tenda a renderli soggetti attivi dei processi di prevenzione.

### **I.10.3. Definizione delle interconnessioni con gli altri settori sanitari e con l'Istituto zooprofilattico**

Nell'arco del triennio si dovrà dare nuovo impulso alla collaborazione tra il settore veterinario e quello di igiene pubblica e tutela dell'ambiente.

Oltre al tradizionale scambio di informazioni relative al verificarsi di casi di malattie infettive zoonosiche, infatti, appare indispensabile stabilire un rapporto operativo tra i due settori in relazione alla tutela degli alimenti e dell'ambiente.

In particolare gli ambiti della collaborazione dovranno riguardare la attivazione, sia in ambiente rurale che urbano, di piani sorveglianza integrati che facciano pieno utilizzo degli animali quali sentinelle per la definizione quali-quantitativa dei rischi e dei danni legati ad eventuali contaminazioni della catena trofica terreni-acque-piante-animale-uomo.

L'Istituto Zooprofilattico delle Venezie e le sue Sezioni Diagnostiche rappresentano uno strumento di grande rilevanza ai fini di una efficace gestione delle attività veterinarie.

Una sua più puntuale integrazione nelle attività operative dei Servizi Veterinari delle UU.LL.SS.SS. appare indispensabile.

La attivazione di un Centro Regionale di Epidemiologia Veterinaria nell'ambito dell'Istituto Zooprofilattico è un primo passo verso la definizione di un nuovo rapporto e di un nuovo ruolo che l'Istituto, conservando appieno la sua unità funzionale e la sua autonomia amministrativa, deve assumere rispetto alle attività dei servizi veterinari della Regione.

Si tratta, infatti, di far sì che l'Istituto oltre a continuare a svolgere il ruolo di laboratorio diagnostico e di produzione di vaccini, assuma con ancora maggiore incisività che nel passato, il ruolo di soggetto attivo nella definizione dei bisogni sanitari del territorio e, al contempo, di strumento di ricerca, sperimentazione e trasferimento di nuove tecnologie finalizzate al miglioramento della qualità della erogazione dei servizi veterinari territoriali.

## PARTE II

### AZIONI ORIZZONTALI

#### II.0. PREMESSA

In questa parte del Piano, dedicata alle azioni programmate, progetti obiettivo e programmi, si sviluppano le indicazioni della legge n. 595/1985, nonché alcuni progetti a valenza regionale. Nella trattazione che segue non sono state esplicitamente sviluppate le azioni programmate per la lotta alle malattie cardiovascolari e la tutela dei nefropatici cronici, in quanto gli interventi erano già ricompresi nel precedente Piano socio sanitario regionale e sono stati riconfermati nelle azioni previste nel presente Piano, in particolare nel potenziamento delle dotazioni relative ai servizi di Cardiologia, Cardiochirurgia e di Nefrologia e Dialisi.

#### II.1. AZIONE PROGRAMMATA: TUTELARE LA SALUTE DEI LAVORATORI NEI LUOGHI DI LAVORO

La presente azione programmata si pone come conseguenziale sviluppo di quanto contenuto nel P.S.S. 1984/86 e mira in particolare:

- all'attuazione integrale della legge regionale 30.11.82, n. 54;
- all'estensione dell'intervento degli SPISAL in rapporto ai mutamenti avvenuti nella struttura produttiva regionale ed alla necessità di proiettare/intensificare l'azione preventiva nel settore della agricoltura;
- al recepimento degli impegni contenuti nella mozione approvata dal Consiglio Regionale il 23.5.1987 relativa alle aziende ad alto rischio.

##### II.1.1. L'attuazione della L.R. 54/82

La legge regionale 30.11.1982, che recepisce le norme dell'art. 20 della legge 833/78, stabilisce un nesso molto preciso fra le attività di prevenzione nell'ambiente di lavoro ed ambiente di vita ai fini della unitarietà dell'intervento dei servizi.

Infatti i commi c), d), e f) dell'art. 3 della citata legge regionale indicano la necessità della conoscenza, del controllo, dell'eliminazione dei fattori di rischio, del risanamento degli ambienti di vita e di lavoro ai fini della tutela (sotto il profilo igienicosanitario) e della difesa della salute della popolazione e dei lavoratori interessati.

Gli SPISAL, devono attivarsi, d'intesa con i servizi di igiene pubblica, anche in relazione ai fattori di nocività, di pericolosità, di deterioramento degli ambienti di vita derivati da attività produttive tramite la predisposizione di mappe di rischio aziendali e territoriali, la verifica della compatibilità delle attività produttive con le esigenze di tutela generale della salute della collettività.

Coerentemente con questa impostazione il progetto obiettivo 1984/86 si poneva, fra le altre finalità la individuazione dei reflui solidi, liquidi e gassosi e il loro conferimento presso sedi idonee.

Anche prescindendo dai dettati legislativi nazionali e regionali, esistono valide altre motivazioni per qualificare gli SPISAL nella direzione proposta:

- le conoscenze maturate sulle attività delle aziende, sui cicli produttivi, sui prodotti e sostanze impiegate;
- le esperienze e le professionalità già acquisite sul "campo";
- il rapporto costante con il tessuto produttivo locale.

##### II.1.2. Il potenziamento dell'azione di prevenzione

L'attività degli SPISAL deve riguardare:

- a) l'attività di prevenzione verso le strutture produttive della Regione: piccole industrie, laboratori artigianali, lavoro decentrato autonomo, scegliendo aree di produzioni omogenee per interventi di "comparto", come fase operativa iniziale e sperimentale;

- a1) il controllo della sicurezza dei lavoratori: particolare rilievo e priorità assume l'azione mirata alla sicurezza nei cantieri edili, tenuto conto dell'incidenza di traumatismi invalidanti e mortali;
- b) una generalizzata azione di concerto con il servizio di igiene pubblica, di educazione/conoscenza/informazione sui prodotti chimici (pesticidi, insetticidi, fertilizzanti) usati in agricoltura la cui manipolazione ed uso incongruo producono danni alla salute dei lavoratori della terra come viene evidenziato da una vasta letteratura scientifica e da indagini mirate;
- b1) la predisposizione di programmi di controlli sanitari mirati. In una prima fase di tali controlli potranno essere limitati ad aree agricole caratterizzate da produzioni intensive monoculturali e/o a gruppi di coltivatori che usano, in relazione a specifiche produzioni, abitualmente gli stessi prodotti.

Il presente progetto obiettivo prevede che la Regione, nell'ambito dei suoi programmi di aggiornamento, organizzi corsi specifici per gruppi di operatori dei servizi maggiormente impegnati nell'ambito agricolo.

### II.1.3. L'attuazione della deliberazione del Consiglio regionale del 23 maggio 1987

Il presente progetto obiettivo, al fine di rappresentare il complesso degli obiettivi che la Regione si prefigge di raggiungere nell'arco di validità del piano, ricomprende i contenuti della mozione riguardante la tematica delle aziende ad alto rischio laddove si impegna la Giunta Regionale a predisporre nell'ambito del Piano Socio-Sanitario un progetto regionale di intervento mediante il quale potenziare, coordinare e promuovere iniziative, strutture e servizi rivolti ad:

- a) approfondire ed ampliare le conoscenze sulle Aziende ad alto rischio esistenti in Veneto, ivi compresa la banca dati per l'aggiornamento complessivo delle informazioni sui rischi industriali, sui piani di emergenza;
- b) realizzare una specifica e diretta azione di controllo a partire dalle aziende segnalate dal Ministero della Sanità e dell'Ambiente, ai sensi del D.P.R. n. 175/1988;
- c) verificare la validità delle misure di protezione, sicurezza e controllo della salute dei lavoratori e dei cittadini;
- d) presentare al Consiglio regionale una relazione annuale relativa alla situazione delle aziende ad alto rischio esistenti in Veneto e sulla applicazione del progetto speciale regionale.

Attualmente esistono, nell'ambito del territorio regionale 10 aziende ricadenti nel gruppo A (secondo la direttiva CEE del 1982 e D.P.R. n. 175/88) che hanno già predisposto dei rapporti di sicurezza che vanno validati sia a livello nazionale che regionale.

Esistono, inoltre, 260 aziende appartenenti al gruppo B che si differenziano dalle prime per la quantità delle sostanze detenute e lavorate ma che dal punto di vista dei rischi di incidenti rilevanti presentano la stessa tipologia e pericolosità per le quali possono valere le stesse indicazioni della citata D.C.R..

Per il raggiungimento di questi obiettivi appare indispensabile la formazione di personale tecnicamente preparato, sia negli SPISAL che nei P.M.P., ad affrontare problematiche così complesse ed impegnative.

I corsi potranno svolgersi a livello nazionale, sfruttando competenze e disponibilità già offerte da idonee strutture pubbliche, e a livello regionale, utilizzando competenze già esistenti a livello universitario, dell'ISPESL, dei Vigili del Fuoco, nonché degli SPISAL e dei P.M.P. che abbiano già condotto positive esperienze in proposito.

#### II.1.4. Indicatori di verifica

Ai fini dell'attuazione del presente progetto obiettivo sono considerati indicatori di verifica:

- a) l'attivazione degli SPISAL con l'assunzione del relativo personale previsto;
  - a1) realizzazione di una anagrafe aziende;
- b) la predisposizione dei programmi di intervento per "comparti";
  - b1) valutazione di nuovi insediamenti produttivi;
- c) l'effettuazione di campagne di educazione sanitaria e di informazione sui prodotti chimici utilizzati in agricoltura e sui relativi rischi;
- d) la partecipazione degli operatori SPISAL ai corsi di aggiornamento che verranno predisposti a livello regionale.

#### II.1.5. Risorse

Per realizzare l'azione programmata "TUTELARE LA SALUTE DEI LAVORATORI NEI LUOGHI DI LAVORO" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
1.000	1.200	1.500	3.700

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e di parte corrente.

## II.2. AZIONE PROGRAMMATA: PREVENIRE E CURARE LE MALATTIE NEOPLASTICHE

Gli obiettivi del presente Piano nella materia sono i seguenti:

- sviluppare la conoscenza epidemiologica e la prevenzione primaria;
- definire gli interventi operativi nel campo della diagnosi precoce utilizzando anche nuove tecnologie di indagine;
- consolidare la rete diagnostico-assistenziale di 1° e 2° livello;
- realizzare il monitoraggio delle dimensioni (incidenza e mortalità) della malattia neoplastica e dell'attività delle strutture di diagnosi e cura;
- uniformare gli standard terapeutici, almeno per i tumori più frequenti e garantire un adeguato trattamento alle forme più rare e complesse (3° livello);
- promuovere, in collaborazione con l'Università, la ricerca clinica ed applicata.

### II.2.1. Gli interventi e le attività di 1° e 2° livello

Per quanto riguarda il 1° e 2° livello le aree di interesse prioritario sono le seguenti:

#### Prevenzione primaria

Si conferma quanto già previsto dal Progetto oncologico sviluppando attraverso i servizi di Igiene pubblica, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro, iniziative per il controllo delle sostanze cancerogene più frequentemente in uso nell'industria e nell'agricoltura.

L'attività di prevenzione primaria dovrà realizzarsi attraverso adeguati programmi di educazione sanitaria (campagna contro il fumo, alcool, per l'autopalpazione del seno, ecc.) e con il potenziamento dei servizi di diagnosi precoce.

Si dovranno pertanto stabilire contatti con enti pubblici e privati i cui compiti istituzionali contemplano queste finalità.

### Diagnosi precoce

La diagnosi precoce dei tumori dovrà svilupparsi con particolare riguardo ai tumori dell'apparato genitale femminile, della mammella, dell'apparato gastroenterico, dell'urettero.

A tal fine si conferma la necessità di potenziare i servizi di Citologia Diagnostica, di Senologia e di Endoscopia Digestiva.

L'intervento in campo assistenziale consiste nel dotare i Centri Oncologici Multizonali (C.O.M.) dei capoluoghi di provincia di posti letto autonomi per lo svolgimento in regime di ricovero di alcuni trattamenti particolarmente complessi (es. infusioni continue e/o loco-regionali, terapie integrate, ecc.).

Sempre nel 1° e 2° livello è attivata la raccolta di dati epidemiologici in collegamento con il Registro Tumori Veneto.

Per quanto riguarda i modelli organizzativi si riconferma quanto già previsto dalla L.R. 23 aprile 1985, n. 34 "Progetto oncologico regionale", con la istituzione del "Comitato oncologico" di base, obbligatoriamente previsto in tutte le UU.LL.SS.SS. affiancato dalla Consulenza Oncologica (C.O.) realizzata mediante convenzionamento con i Centri Oncologici Multizonali di riferimento.

A tale scopo saranno potenziati gli organici dei servizi afferenti C.O.M. con la presentazione alla Regione da parte delle UU.LL.SS.SS. interessate di appositi programmi multidisciplinari e fra loro integrati.

### II.2.2. Gli interventi e le attività di 3° livello

Per quanto riguarda il 3° livello si conferma quanto previsto dal precedente Piano Oncologico identificando le Strutture Sanitarie di Padova e Verona come sedi dei Centri Oncologici Regionali (C.O.R.).

I C.O.R. devono essere in grado di svolgere le proprie funzioni di strutture di riferimento per l'intera Regione soprattutto per quel che riguarda i problemi diagnostici e terapeutici mediante la dotazione di adeguati spazi-attrezzature e personale.

Per quest'ultimo gli organici dovranno consentire anche di realizzare interventi mirati nei confronti dei C.O.M. ed eventualmente delle C.O..

Le UU.LL.SS.SS. n. 21 e n. 25 dovranno pertanto presentare alla Regione appositi programmi multidisciplinari e fra loro integrati.

Appositi finanziamenti saranno finalizzati alla ristrutturazione edilizia delle divisioni e servizi afferenti al C.O.R., tendendo per quanto possibile a soluzioni operative che consentano l'integrazione delle Unità essenziali del C.O.R..

L'intervento al 3° livello dovrebbe articolarsi oltre alla diagnosi e cura su altre due aree fondamentali:

- Raccolta dati (Registro Tumori);
- Ricerca.

### II.2.3. Registro Tumori Veneto (R.T.V.)

Il R.T.V. dovrebbe svolgere due tipi di attività: una di ordine epidemiologico (monitoraggio dell'incidenza e della mortalità da tumore) e l'altra mirata a valutare e standardizzare i trattamenti in ambito regionale.

Il R.T.V. viene a svolgere pertanto le seguenti funzioni:

- raccogliere dati relativi a tutti i nuovi casi di tumore in ambito ospedaliero (in una seconda fase tale attività deve essere estesa anche ad altre fonti di rilevazione);
- condurre studi di epidemiologia descrittiva ed analitica;
- partecipare alla pianificazione e coordinare i protocolli terapeutici e gli studi clinici controllati;
- raccogliere, verificare ed elaborare i dati;
- sovrintendere al follow-up dei pazienti;
- valutare l'uso delle risorse nel trattamento dei tumori.

Con il R.T.V. la Regione si dota di uno strumento indispensabile per il controllo dell'attività oncologica nel suo ambito e per la conseguente pianificazione delle risorse, stimolando inoltre la pianificazione di gruppi di studio multidisciplinari e multicentrici indispensabili per la raccolta di casistiche adeguate alla sperimentazione clinica.

### II.2.4. L'attività di ricerca

L'intervento Regionale sarà concentrato per il prossimo triennio nelle aree di ricerca applicata, privilegiando le ricerche di tipo multicentrico e multidisciplinare. In particolare, vengono identificati come prioritari i seguenti temi:

- Immunologia diagnostica e terapeutica;
- Fattori Prognostici rilevanti per la evoluzione clinica delle neoplasie;
- Trattamenti loco-regionali innovativi;
- Terapie integrate innovative.

### II.2.5. Risorse

Per realizzare l'azione programmata "PREVENIRE E CURARE LE MALATTIE NEOPLASTICHE" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
10.000	11.000	11.000	32.000

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e per spese correnti.

### II.3. AZIONE PROGRAMMATA: POTENZIARE LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA

#### II.3.1. Sanità animale e igiene dell'allevamento e produzioni animali

Nell'ambito della Sanità Animale e dell'Igiene dell'allevamento e delle produzioni animali la Regione identifica come prioritarie:

- A. l'intensificazione e razionalizzazione delle attività di profilassi pianificate;
- B. l'intensificazione e razionalizzazione delle attività di vigilanza sanitaria degli allevamenti zootecnici.

#### Le profilassi pianificate

Nell'arco del triennio la Regione intende dare nuovo impulso alle attività di profilassi pianificate.

In particolare:

- attuare le profilassi vaccinali nei confronti dell'afta epizootica, della peste suina e della rabbia, nelle zone a rischio, secondo quanto previsto dalle ordinanze del Ministro della Sanità. Al riguardo saranno attivati specifici programmi di verifica dell'efficacia delle azioni di profilassi sia per quanto attiene la puntuale esecuzione delle campagne vaccinali che il livello immunitario delle popolazioni vaccinate;
- proseguire il piano di risanamento della tubercolosi bovina e delle brucellosi bovina e ovicaprina con il duplice obiettivo di giungere a sradicare l'infezione tubercolare nelle popolazioni bovine e raggiungere lo stato di Regione ufficialmente indenne da brucellosi bovina e ovicaprina nell'arco del triennio di validità del presente Piano.  
Nel corso del triennio sarà attivato un piano di verifica dell'efficacia delle azioni di risanamento, di tipizzazione eziologica degli agenti infettivi coinvolti negli eventuali focolai di infezione e di indagini epidemiologiche, secondo protocolli standard da definire, per il rintraccio delle fonti di infezione;
- attuare il piano regionale per la profilassi ed il controllo della leucosi bovina;
- definire un piano regionale per le emergenze sanitarie determinate dall'insorgenza di malattie animali per le quali siano previste azioni di abbattimento coatto degli animali infetti o sospetti di infezione, con particolare riferimento alla creazione di una rete di sardigne e di mezzi di trasporto opportunamente attrezzati.

#### Vigilanza degli allevamenti

Appare opportuno sottolineare la necessità che l'azione di vigilanza degli allevamenti, superando gli attuali limiti di un'attività di fatto legata alla repressione, assuma sempre di più i connotati di strumento finalizzato alla prevenzione.

L'attività di vigilanza, pertanto, dovrà evolvere in sistema prevalentemente dedicato alla sorveglianza epidemiologica ovvero alla verifica dell'efficacia delle azioni di prevenzione e al monitoraggio dello stato sanitario delle popolazioni animali, mantenendo, tuttavia, soprattutto nel breve periodo i suoi connotati tradizionali.

In ogni caso essa va intensificata e deve assumere carattere di sistematicità e capillarità.

Se non vi è dubbio che solo una presenza permanente del servizio veterinario all'interno degli allevamenti possa garantire che le azioni di profilassi veterinaria abbiano una sicura efficacia si deve accettare il principio per cui tale presenza deve essere garantita soprattutto in termini funzionali prima ancora che fisici.

E' evidente che ciò è possibile solo se esiste la cooperazione dell'allevatore e del veterinario di azienda e che "la presenza" è rappresentata soprattutto dalla possibilità di accesso ad una serie di informazioni di carattere produttivo oltre che sanitario impossibili da ottenere in termini di sicura attendibilità in carenza di un rapporto di piena fiducia tra l'operatore zootecnico e quello del servizio veterinario pubblico.

E' evidente, pertanto, che debbano essere attivate delle concrete politiche tendenti a garantire la partecipazione degli allevatori e dei veterinari liberi professionisti alla gestione delle azioni veterinarie in generale e di quelle legate alla sorveglianza ed alla vigilanza in particolare.

I Servizi Veterinari dovranno nello specifico garantire nel triennio l'espletamento di un'azione sia di vigilanza che di sorveglianza sanitaria degli allevamenti che porti al:

- censimento delle popolazioni animali del territorio di competenza;
- definizione dei flussi commerciali degli animali del territorio;
- censimento degli allevamenti e loro classificazione sotto il profilo delle strutture e dei metodi di conduzione;
- definizione quali-quantitativa dello stato sanitario delle popolazioni rispetto a determinate forme morbose considerate rilevanti nel territorio di competenza, con particolare riguardo alla zoonosi e a quelle che siano oggetto di piano di controllo da parte di associazioni ed enti privati;
- redazione delle mappe dei consumi di farmaci per trattamento e la prevenzione a livello degli allevamenti.

### **II.3.2. Igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale**

Nell'ambito dell'igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale la Regione identifica come prioritaria la ricomposizione di un sistema di controllo progettualmente e funzionalmente unitario che si articoli lungo tutta la catena di produzione, dall'allevamento al consumo e che, al contempo, aggiorni le metodologie operative rispetto ai rischi sanitari indotti dalla evoluzione dei processi produttivi e distributivi.

Due sono gli elementi che dovranno caratterizzare l'azione nel settore dell'igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.

Il primo, relativo alla attività di vigilanza, è il superamento della mera individuazione dell'illecito a fine repressivi.

A tal fine le attività di vigilanza dovranno essere organizzate e gestite in modo da generare mappe che consentano di definire sia qualitativamente che quantitativamente i rischi sanitari legati al consumo dei prodotti di origine animale e, di conseguenza, le azioni necessarie ad eliminarli o, comunque, a ridurli.

Il secondo, relativo alle attività di ispezione è, da un lato, l'adeguamento tecnico degli atti ispettivi e, dall'altro, il pieno utilizzo delle attività di ispezione quale punto di osservazione privilegiato della dinamica sanitaria delle popolazioni animali.

L'adeguamento tecnico degli atti ispettivi è reso indispensabile dalla doppia constatazione, ormai inoppugnabile, che:

- A. l'ispezione basata sul solo esame organolettico non è più sufficiente a garantire standard igienico-sanitari degli alimenti adeguati alle attuali conoscenze tecnico-scientifiche;
- B. la evoluzione delle tecnologie produttive di tipo industriale e distributive richiedono tecniche ispettive indirizzate a quello che si può definire come controllo di qualità sanitario.

Pertanto gli atti ispettivi tradizionali dovranno essere integrati da esami strumentali atti a rilevare la presenza di contaminanti fisici, chimici e biologici nocivi per la salute dell'uomo.

Il ricorso a questo tipo di esami dovrà essere sistematico e impostato secondo i criteri del controllo di qualità a livelli di significatività statistica predeterminati.

Il pieno utilizzo delle attività di ispezione come nodo essenziale della rete di osservazione epidemiologica della dinamica sanitaria delle popolazioni animali dovrà essere perseguito attraverso una ricomposizione, sotto il profilo informativo, della continuità della catena produttiva.

Nell'arco del triennio si dovranno individuare e sperimentare, almeno a livello pilota, metodologie che consentano la retroazione sanitaria a livello di allevamento di provenienza a partire dalla constatazione di problemi sanitari nelle fasi di trasformazione dei prodotti, a cominciare da quella di macellazione.

A tale fine si individuano come priorità:

- la definizione di protocolli operativi che garantiscano su tutto il territorio regionale una azione ispettiva e di vigilanza omogenea e coerente con i più elevati standard igienico-sanitari;
- la definizione ed attivazione di un sistema di sorveglianza in grado di definire sia qualitativamente che quantitativamente mappe di rischi sanitari legati al consumo dei prodotti di origine animale;
- la individuazione e la applicazione di metodologie ispettive, di vigilanza e di controllo che integrino, in modo costante e permanente lungo tutta la catena agro-alimentare dalle fasi di produzione a quelle di trasformazione e distribuzione, l'ispezione organolettica con esami strumentali atti a rilevare la presenza di contaminanti chimici, fisici e biologici nocivi alla salute dell'uomo;
- la definizione di un protocollo operativo tipo regionale per il controllo delle strutture di produzione, trasformazione e commercializzazione dei prodotti di origine animale;
- uno specifico programma per la verifica della idoneità degli impianti di macellazione ai fini di disporre i miglioramenti sia strutturali che operativi atti a garantirne l'efficienza igienico-sanitaria e tecnologica;
- la attivazione del piano regionale per la ricerca delle sostanze ormonali ed antiormonali già definito.

### II.3.3. Risorse

Per realizzare l'azione programmata "POTENZIARE LA SANITA' PUBBLICA VETERINARIA" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
2.000	2.000	2.000	6.000

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e di parte corrente.

## II.4. PROGETTO OBIETTIVO: POTENZIARE LA TUTELA MATERNO INFANTILE

### II.4.1. Introduzione: La condizione attuale e le problematiche emergenti

Il presente progetto obiettivo delinea le finalità, le strategie e gli interventi prioritari riguardanti l'assistenza da erogare a oltre 1 milione di utenti. Infatti ai 912.000 bambini da 0 a 14 anni e alle 30.000/35.000 coppie (corrispondenti alle gravidanze concluse con la nascita di un neonato per anno), deve essere sommata l'utenza formata da donne gravide che non portano a termine la gravidanza (dalle 10.000 alle 15.000 tra abortività spontanea e l'interruzione volontaria della gravidanza) e dalle coppie che accedono ai servizi in periodo preconcezionale per consulenze genetiche, screening laboratoristici e altro in vista di un'eventuale maternità o paternità.

Accanto a questa utenza tradizionale, andrebbe considerata quella composta dalla fascia degli adolescenti (almeno 366.000 soggetti), depositari di una serie di bisogni, per i quali non viene attualmente data una risposta organica e coerente, perchè frammentata in molteplici servizi istituiti con tutt'altre finalità ed in cui la peculiare richiesta dell'adolescente viene smembrata e scorrettamente assimilata a quella di utenti di condizioni e caratteristiche assai dissimili.

Alla fine degli anni '70 si assegnava particolare attenzione alla necessità di salvaguardare la vita della donna gravida e partoriente. Oggi tale impegno si integra con le problematiche connesse con la sopravvivenza e salute fetale e con le azioni di sostegno volte al superamento delle cause di abortività.

Infatti, mentre a causa del miglioramento delle condizioni di vita e dell'assistenza ostetrica, la mortalità materna è attualmente un evento solo episodico, l'abortività è stazionaria e la mortalità fetale solo di poco contratta.

Il più clamoroso risultato ottenuto nel corso dell'ultimo decennio concerne la drastica riduzione della mortalità neonatale precoce (1 settimana di vita), responsabile della quota maggiore di guadagno di vite ottenute nei primi 14 anni. Infatti proprio al calo dei morti nella prima settimana di vita è da attribuirsi prevalentemente la riduzione ottenuta nella mortalità infantile (1 anno di vita) e pediatrica generale.

Per gli indicatori di mortalità (natimortalità, neonatale tardiva e mortalità da 1 a 14 anni) il calo è stato molto più contenuto e certamente minore rispetto a quanto auspicato.

Le ragioni di ciò sono probabilmente da ricondurre a:

- 1) una ancora non completata rete di controllo nel periodo preconcezionale e della gravidanza, oltre che una estensione ancora troppo limitata al ricorso delle potenzialità della genetica clinica, non solo per la diagnosi nel neonato o lattante affetto, ma anche per la selezione delle coppie a rischio, il consiglio genetico e la diagnostica precoce fetale.
- 2) uno squilibrio delle condizioni di assistenza al parto e al neonato patologico nelle diverse provincie della Regione.
- 3) un trend anomalo e crescente della mortalità per cause accidentali, alla quale sono oggi dovute circa il 60% delle morti da 1 a 14 anni.

Nello stesso periodo si è progressivamente accentuato l'interesse circa la qualità di vita, l'umanizzazione dell'assistenza ospedaliera e hanno assunto valore prevalente le problematiche connesse con l'assistenza alla patologia e prognosi severa e con la presa in carico del minore con patologia neuropsichica o con handicap.

Per rispondere a queste nuove esigenze è stata disposta una legge regionale sulla tutela del bambino ricoverato in ospedale, sono stati istituiti o potenziati centri ad alta specialità e si è estesa a tutte le UU.LL.SS.SS. la rete di neuropsichiatria infantile.

La condizione regionale al riguardo non è del tutto soddisfacente e va migliorata perchè:

- 1) non sempre sono stati applicati i principi contenuti nella Legge Regionale 25.1.1979, n. 7, e persistono in alcune aree una insoddisfacente condizione di vita del bambino in ospedale e non del tutto adeguate procedure di assistenza per la partoriente e per il neonato sano.
- 2) la rete dei servizi neuropsichiatrici e riabilitativi non ricopre interamente l'ambito regionale.
- 3) i centri di alta specialità non sono sufficientemente collegati con i restanti servizi ospedalieri.

#### II.4.2. Istituzione e attivazione del Dipartimento Materno-Infantile

L'istituzione del Dipartimento Materno-Infantile in ogni UU.LL.SS.SS., già prevista dal PSR 1984/86, viene ribadita. La sua attivazione deve essere tale da configurarsi:

- come momento di programmazione di attività omogenee e accorpate;
- come momento di integrazione funzionale di tutti i servizi e presidi ospedalieri ed extraospedalieri direttamente e/o indirettamente interessati.

La sua organizzazione dovrà prevedere tre aree fondamentali:

- area per la prevenzione e promozione della salute della donna, per la tutela della maternità, anche attraverso la piena attuazione della legge n. 194/1978, per la tutela della salute della famiglia;
- area per la prevenzione, cura e riabilitazione in età evolutiva (0 - 14 anni);
- area per l'educazione alla salute, per la ricerca epidemiologica, per il sistema informativo e per il collegamento con i servizi e settori.

La strutturazione del Dipartimento deve essere tale da consentire:

- di realizzare un'interazione programmatica e strutturale dei servizi sanitari e socio-assistenziali e con enti educativi (esempio privilegiato la scuola) per interventi di prevenzione. In tal modo si raggiunge l'utenza di età scolare in un progetto integrato e perciò più efficace sul piano educativo ma anche capace di ottimizzare le risorse economiche e di personale.

Tutti gli interventi espliciti dovranno trovare nel Dipartimento Materno-Infantile il loro coordinamento e integrazione funzionale.

Il conseguimento degli obiettivi indicati non può peraltro essere perseguito attraverso azioni di esclusivo carattere sanitario, ma richiede interventi volti a migliorare le condizioni di vita della popolazione in esame, interventi che sono di competenza anche dei momenti socio-assistenziali ed educativi.

In tale ottica il consultorio familiare in quanto sede di prevenzione per la famiglia, diventa momento di incontro dei vari operatori per attività di educazione sanitaria e sociale. In particolare esso deve diventare la sede elettiva per il raccordo delle varie tipologie di intervento sanitarie e sociali.

#### **II.4.3. Aree di intervento settoriale**

Tenuto conto di quanto sopra esposto si intendono attuare gli interventi sotto indicati riconducibili alle seguenti 3 aree.

##### **II.4.3.1. La tutela della maternità**

La tutela della maternità viene intesa non solo come attenzione alla sopravvivenza della madre e del bambino ma anche alla qualità della loro vita.

Ciò implica non solo la lotta alla mortalità materna, la riduzione del numero di interruzioni volontarie di gravidanza, ma anche l'intensificazione di interventi utili all'identificazione e rimozione dei fattori connessi a tutti gli esiti sfavorevoli della maternità (in particolare: immaturità/prematurità, malformazioni, handicaps e malattie congenite e depressioni post parto). Inoltre occorre procedere alla loro precoce identificazione così da consentire una precoce opera di contrasto, riabilitazione e recupero.

A tale fine la Giunta Regionale promuove progetti, aventi anche il carattere di sperimentazione, strutturati sulla base dei seguenti criteri:

- a) la previsione di fasi unitarie di programmazione e di verifica delle attività socio-assistenziali e sanitarie, consultoriali, distrettuali e degli enti locali, in ordine alla tutela della maternità e dell'infanzia;
- b) la previsione di iniziative di educazione sanitaria e sessuale e di prevenzione dell'AIDS e delle tossicodipendenze, d'intesa con gli organismi scolastici ai vari livelli, nonché di educazione alla procreazione cosciente e responsabile;
- c) la previsione di un'unica funzione di coordinamento tecnico dei diversi servizi.

Inoltre, la Giunta Regionale, nell'ambito delle sue attività informative ed editoriali, attua iniziative di informazione aventi per oggetto, in particolare, i diritti spettanti alla donna in stato di gravidanza ed al bambino, i servizi socio sanitari ed assistenziali esistenti sul territorio regionale e le procedure per accedervi, l'attività di centri, gruppi, associazioni operanti sul territorio regionale (senza scopo di lucro), aventi il fine statutario dell'accoglienza e dell'aiuto alla vita nascente, alla maternità e alla famiglia mediante la pubblicazione di appositi periodici distribuiti presso le strutture sanitarie e socio assistenziali della Regione, i medici e altri soggetti interessati.

Le azioni da perseguire sono:

1. Predisposizione di un programma di cure neonatali

Il superamento delle marcate disomogeneità territoriali dei punti/nascita e di assistenza neonatale può essere ottenuto tramite l'utilizzo di servizi e strutture caratterizzati da una corretta allocazione a rete con interscambi e utilizzo di programmi e protocolli comuni d'intervento, oltre ad un adeguato sistema di trasporto.

Scopo di tale rete è quello di soddisfare ogni richiesta (gravidanza, parto, assistenza neonatale) con la minima migrazione possibile per l'utenza, garantendo contemporaneamente che ad ogni utente sia erogata una assistenza adeguata alla complessità della domanda.

Su queste basi l'assetto dei servizi ospedalieri e dei servizi di emergenza tiene conto di fornire le adeguate garanzie potenziando i centri ospedalieri esistenti particolarmente attrezzati e dotati di reparti e strutture adeguate a situazioni ad alto rischio e collegando agli stessi i presidi più periferici.

Così per i parti a rischio imprevisto, va garantito un servizio protetto e medicalizzato mediante un adeguato sistema di trasporto con culle termiche e assistito dalla presenza della figura di un rianimatore.

Il parametro per valutare l'opportunità dell'esistenza di un punto/nascita e di assistenza neonatale non sarà più quindi solo la quantità totale di nascite/anno ma la sua integrazione nella rete regionale di servizi, la sua capacità di erogare effettivamente prestazioni di un dato livello e quella di interagire e collegarsi con le strutture viciniori.

La patologia neonatale va intesa come specialità ad elevata assistenza integrata, come indicato nelle tabelle allegate, da posti letto di terapia intensiva e di terapia sub-intensiva. Le sezioni di assistenza neonatale vanno invece concepite come specialità a media assistenza.

La ULSS oltre a istituire in ogni reparto pediatrico servizi di "day ospital" che agiscano in stretto contatto con il territorio di competenza devono, nei progetti di costruzione, ampliamento e ristrutturazione degli stessi, prevedere soluzioni organizzative degli spazi tali da garantire:

- a) il numero dei letti, anche mobili, per ogni stanza di reparto pediatrico, da destinarsi ad uno dei genitori o loro sostituto;
- b) un congruo numero di servizi igienici;
- c) gli spazi riservati a sala gioco e studio.

2. Una maggior diffusione della vaccinazione contro la rosolia in età prepubere al fine di evitare epidemie che possano nuocere alla donna in gravidanza e al nascituro.

3. La generalizzazione dei controlli periodici della gravidanza secondo protocolli concordati a livello regionale.

Occorre infatti raggiungere quella grossa parte di gravidanze che sfugge tuttora a visite programmate.

Oltre a ciò è necessario sottolineare che circa il 5% delle gravidanze in Veneto sono a rischio per malattie cromosomiche (sindrome di Down o trisomia 21, trisomie 13 e 18, ecc.) e di malattie metaboliche (thalassemia major o morbo di Cooley, fibrosi cistica del pancreas, ecc.) che possono essere individuate da una diagnosi prenatale.

Sulle 1.800 gravidanze che si stima necessitino di tale indagine, solo 250 trovano attualmente risposta a causa del sottodimensionamento degli specifici servizi presenti sul territorio regionale.

La necessità e l'urgenza di intervenire in tal senso è sottolineata inoltre dall'elevato numero di IVG effettuate da donne di età superiore ai 35 anni; si può ragionevolmente ipotizzare che tale numero sarebbe minore se si incrementasse la possibilità di effettuare una diagnosi prenatale in modo da garantire lo stato di salute del feto.

A tale riguardo occorrerà sviluppare forme di collaborazione con l'Università, onde garantire un adeguato supporto scientifico alle attività di diagnosi e terapia delle malattie fetali, nonché promuovere la costituzione di idonei centri di consulenza genetica preconcezionale.

Per quanto riguarda più specificamente gli interventi di prevenzione e di tutela della partorientente la Giunta Regionale predispone appositi programmi riguardanti:

- a) l'adeguata informazione alla donna ed alla famiglia sui servizi, sulle norme di igiene della gravidanza, sulle procedure in caso di parto fisiologico o complicato, sull'assistenza alla madre nel puerperio e sull'assistenza al bambino;
- b) l'istituzione, a livello distrettuale, di corsi di preparazione psicoprofilattica alla nascita;
- c) la tutela delle gestanti sul luogo del lavoro soprattutto nei riguardi dell'esposizione a sostanze tossiche, a radiazioni ionizzanti, a variazioni di pressione o ad altri elementi di rischio;
- d) l'assistenza, a scadenze programmate, durante la gravidanza per individuare precocemente i casi ad alto rischio.

#### 4. La Genetica Clinica.

Nella Regione sono presenti e attivi più servizi e centri ad alto livello di specializzazione operanti nell'area della genetica clinica, della biochimica e biologia molecolare delle malattie genetiche.

L'attività di questi servizi copre ambiti di studio e applicativi inerenti la prevenzione primaria (es. consiglio genetico), secondaria (diagnosi preconcezionale, prenatale e postnatale) e il trattamento (approccio diagnostico ed eventuale condotta terapeutica) di patologie geneticamente trasmesse.

I più rilevanti problemi sono:

- 1) l'insufficiente copertura territoriale di alcuni di questi interventi (es. consulenza genetica);
- 2) l'assenza di un coordinamento di attività specialistiche interagenti in un ambito comune di problematiche.

A tal proposito la Giunta Regionale provvederà a sviluppare la consulenza genetica in tutte le UU.LL.SS.SS. del Veneto e con successivo atto ad emanare direttive per il coordinamento di tipo funzionale delle attività sopra indicate.

#### II.4.3.2. Tutela della salute dell'infanzia e dell'età evolutiva

Riguardo alla tutela della salute dell'infanzia e dell'età evolutiva occorre porre attenzione particolare all'identificazione e rimozione dei fattori di rischio connessi a:

##### 1. Accidenti e traumatismi della popolazione 0-14 anni.

Come già ricordato precedentemente è necessario condurre azioni organiche e complesse tendenti a ridurre la mortalità pediatrica per cause accidentali (1 bambino ogni 400).

Le più felici esperienze a riguardo hanno dimostrato che il successo di campagne di prevenzione degli incidenti dipendono dalla analitica conoscenza del fenomeno nella popolazione su cui si vuole intervenire, dalla pluralità degli interventi, dalla specificità delle informazioni e dalla possibilità di valutare ogni intervento nei suoi risultati principali.

I programmi che verranno istituiti nel territorio regionale dovranno pertanto rispondere a tutti i requisiti sopra esposti, coinvolgere tutte le UU.LL.SS.SS., interessare diversi servizi socio-sanitari ed avere sufficiente respiro temporale.

## 2. Aumento della traumatologia (infantile) dovuta alla violenza nei confronti dei bambini (battered child syndrome).

Accanto a tale problema si pone l'esigenza di intervenire congiuntamente al versante assistenziale su altri aspetti che riguardano gli oltre 400 bambini cui annualmente le Autorità Giudiziarie sono chiamate ad occuparsi e che rappresentano la punta di un iceberg che comprende situazioni di:

- abbandono familiare (55%);
- inadeguatezza della famiglia, contrasti tra genitori, morte di uno o entrambi i genitori, presenza di alcoolismo o turbe psichiche, molestie sessuali e tentativi di incesto (25%);
- devianza (13%);
- inadempienza scolastica (7%).

Sono necessari interventi sistematici di collaborazione ed integrazione tra servizi sanitari e sociali, tra struttura ospedaliera e servizi territoriali, in particolare su casi di ricovero per sospetti maltrattamenti.

## 3. Condizioni di ricovero dei bambini in Ospedale

E' indispensabile incentivare tutte le condizioni atte a migliorare la qualità della vita del bambino in Ospedale, potenziando i servizi alternativi alla degenza (vedi Day Hospital), contrastando i ricoveri inutili e riducendo le giornate complessive di Ospedale, limitando progressivamente i ricoveri nei reparti per adulti e attivando meccanismi atti all'applicazione delle norme di tutela vigenti.

A tal fine si dovrà valutare la creazione in via sperimentale di una specifica area pediatrica dove possa essere ospitato ogni bambino ricoverato in Ospedale, in cui operi personale infermieristico con specifiche competenze pediatriche fermo restando l'attribuzione della competenza agli specialisti interni ed in cui gli spazi ed i servizi siano appositamente studiati per rispondere alle peculiari esigenze dei minori.

## 4. Prevenzione dell'insorgenza di patologia aterosclerotica in età adulta.

Sono infatti elementi determinanti nell'insorgenza della patologia gli stili di vita contratti fin dall'infanzia, le abitudini alimentari, il livello di attività motoria e le abitudini voluttuarie.

L'urgenza di campagne di prevenzione a livello informativo ed educativo è motivata anche dall'incremento di bambini obesi ed ipertesi.

## 5. Interventi per gli adolescenti

E' attualmente molto pressante la richiesta di interventi per l'area dell'adolescente.

In considerazione della difficoltà attualmente esistente di reperire operatori specificamente preparati per l'assistenza e l'approccio all'adolescente, si ritiene che l'obiettivo prioritario a riguardo per il triennio del Piano sia la preparazione di un numero limitato di personale specifico.

Si intendono avviare corsi di aggiornamento, a numero chiuso, dedicati a medici, psicologi, paramedici già operanti in servizi regionali. Tali corsi dovranno comprendere oltre ad una parte di didattica teorica tradizionalmente concepita, soggiorni in servizi o istituti di ricerca regionali particolarmente qualificati nel campo dell'assistenza all'adolescente.

Si intende inoltre sviluppare, in via sperimentale, l'attività rivolta verso gli adolescenti in un numero limitato di strutture regionali pilota.

#### II.4.3.3. Trattamento precoce di handicaps e riabilitazione

Una riflessione ulteriore merita il trattamento precoce degli handicaps e la loro riabilitazione.

Una drastica diminuzione degli handicaps stessi sarebbe la prima conseguenza del previsto incremento di consulenza genetica. Le malattie e le malformazioni congenite sono infatti responsabili di oltre il 50% delle cause di ritardo mentale.

#### Interventi di Neuropsichiatria infantile e di riabilitazione

Si propone un modello di intervento che superi le disomogeneità di dotazione e le diversità di modalità operative esistenti tramite:

- la creazione, a livello territoriale, in ogni UU.LL.SS.SS., di un servizio di Neuropsichiatria infantile, articolato in équipes pluriprofessionali a competenza sovradistrettuale;
- la creazione di servizi autonomi ospedalieri nelle ULSS con funzioni multizonali;
- l'istituzionalizzazione, a livello sovraterritoriale, del supporto dei due Dipartimenti Pediatrici dell'Università di Verona e Padova.

Questi dovranno garantire la validità scientifica della ricerca, la verifica e il confronto dei momenti diagnostici e prognostici effettuati a livello territoriale ed inoltre fornire un modello terapeutico unitario.

Acquisito il cambiamento, in quest'ultimo decennio, dell'approccio al problema della riabilitazione (da individuazione della sede ed entità del danno a ricerca del potenziale residuo) le équipes pluriprofessionali comprese le figure del riabilitatore, dello psicologo, del terapeuta della riabilitazione, dovranno prestare attenzione non solo ai deficit motori, sensoriali, di comunicazione, ma anche a problematiche psicologiche ed ortopediche.

#### II.4.3.4. Indicatori di verifica

Al fine della verifica dell'attuazione del presente Progetto-obiettivo si individuano i seguenti indicatori:

- a) sul versante organizzativo:
  - l'istituzione e l'attivazione del Dipartimento Materno-Infantile;
  - la strutturazione dei centri specialistici e dei servizi di neuropsichiatria e riabilitazione;
- b) sul versante delle aree di intervento settoriale:
  - ulteriore diminuzione degli interventi di interruzione volontaria della gravidanza e della mortalità prenatale e neonatale,
  - la riduzione degli incidenti in età pediatrica, dei casi di disagio infantile e dei ricoveri complessivi e nei reparti per adulti.

#### II.4.3.5. Risorse

Per realizzare il progetto obiettivo: "POTENZIARE LA TUTELA MATERNO-INFANTILE" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
1.000	1.000	1.000	3.000

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese correnti.

#### II.5. PROGETTO OBIETTIVO: TUTELARE LA SALUTE MENTALE

Il presente progetto obiettivo "Tutela della salute mentale" si pone in continuità con il Piano precedente, la cui applicazione dovrà proseguire in modo puntuale nello spirito e nelle sue indicazioni concrete. Ciò permetterà una migliore fattibilità del presente progetto obiettivo, che prevede l'accelerazione di processi già avviati, proposte di intervento rispetto a questioni emerse con forza nell'arco degli ultimi anni, la definizione di un modello organizzativo fondato sulla integrazione di tutti i servizi psichiatrici nella logica dipartimentale.

In questa ottica il progetto obiettivo si incardina su:

- a) istituzione obbligatoria in ogni ULSS dei dipartimenti di psichiatria costituiti da più servizi e presidi assistenziali, alcuni dei quali extraospedalieri (con funzioni di centralità e di filtro della domanda psichiatrica) altri residenziali (comunità alloggio, appartamenti e strutture protette) altri ospedalieri;
- b) accelerazione, in modi e tempi opportuni, dei processi di superamento degli OOPP e delle case di salute;
- c) continuità terapeutico/assistenziale per il trattamento delle patologie a medio e lungo decorso.
- d) ampliamento, qualificazione e riqualificazione del personale.

##### II.5.1. Istituzione obbligatoria in ogni ULSS del Dipartimento di psichiatria

Se nella fase appena successiva l'approvazione della legge 180 l'istituzione del dipartimento poteva configurarsi come una forzatura tecnico/organizzativa in quanto non era ancora sviluppata una gamma di servizi e strutture che richiedessero un coordinamento ed una prassi unitaria, oggi, in seguito al diffondersi ed alla articolazione dei servizi, l'istituzione del dipartimento appare matura e necessaria.

Il Piano Socio Sanitario 84/86 definiva il dipartimento "un modello organizzativo in grado di superare la separazione fra i vari servizi e l'obbligo della semplice consulenza tra gli operatori, istituzionalizzando il lavoro collegiale interdisciplinare".

Proiettata in ambito psichiatrico, tale definizione può essere così esplicitata: il dipartimento di psichiatria è il complesso integrato di servizi e strutture in grado di farsi carico in regime di continuità terapeutica dell'intera domanda psichiatrica-preventiva, diagnostica o terapeutica e

riabilitativa (nel senso del recupero delle capacità individuali per il reinserimento e la partecipazione alla vita di relazione comunitaria) e socio-assistenziale nell'ambito di un programma direttamente attivato dall'equilibrio territoriale e adeguato ai diversi gradi di bisogno.

L'unità operativa del dipartimento è l'équipe psichiatrica pluriprofessionale, la sede collocata nel centro di salute mentale, "il funzionamento" assicurato dalla figura del coordinatore unico, designato dalle figure apicali mediche tra i membri del Consiglio di dipartimento appartenenti al livello apicale medicopsichiatrico e nominato dal Comitato di Gestione dell'ULSS sentito il parere del Consiglio di Dipartimento.

Il coordinatore unico deve garantire che le risposte e le scelte operative e tecniche siano uniformi, omogenee e sinergiche per tutti i servizi e strutture.

In particolare il coordinatore deve:

- a) promuovere e perseguire l'integrazione delle attività tra livelli, strutture e servizi extraospedalieri, ospedalieri e residenziali nell'ambito di ciascun dipartimento;
- b) elaborare ed attivare programmi di formazione del personale;
- c) attivare il sistema informativo psichiatrico per il monitoraggio delle attività dei servizi dipartimentali.

L'équipe dipartimentale deve assicurare, anche tramite forme di consulenza concordate, la sua presenza presso tutte quelle attività occupazionali, cooperativistiche, ecc. riguardanti ex degenti e/o ex pazienti psichiatrici e pazienti ancora sottoposti a terapia, per evitare forme di regressione o di stagnazione.

Accanto al coordinatore deve essere previsto "un consiglio di dipartimento" le cui modalità di composizione e di funzionamento devono essere definite in un regolamento da ogni singola ULSS in rapporto alla gamma dei servizi presenti sulla scorta di un regolamento-tipo regionale, che la Regione provvederà ad emanare entro sei mesi dalla pubblicazione del presente Piano e in correlazione con la generale organizzazione dipartimentale dei servizi sanitari della Regione. Il Consiglio di Dipartimento si deve avvalere del contributo delle associazioni di volontariato e delle associazioni dei familiari là dove esse sono presenti.

Lo schema delle strutture e dei servizi afferenti al dipartimento e tutto il complesso del sistema di relazioni dipartimentali non può prescindere dalle necessità locali. In particolare nelle ULSS 21 e 25 dotate di più servizi psichiatrici territoriali e di servizi affidati all'Università possono essere previsti più dipartimenti di psichiatria per corrispondere maggiormente alle esigenze di una continuità terapeutica nei confronti dei singoli pazienti. In tali UU.LL.SS.SS. dotate di più dipartimenti è compito dei coordinatori di dipartimento assicurare momenti di consultazione e di programmazione unitaria nell'ambito dell'Ufficio di Direzione, per le questioni riguardanti la psichiatria.

L'istituzione del Dipartimento e l'approvazione del relativo Regolamento dovranno essere deliberati dagli organi competenti di ogni singola U.L.S.S. entro e non oltre tre mesi dall'approvazione del regolamento-tipo regionale.

Purtuttavia pare utile fornire un possibile modello riferito ad una situazione sufficientemente articolata e dotata di servizi.

## II.5.2. Le strutture ed i Servizi dipartimentale

a) **Il distretto** — Il Dipartimento organizza centralmente l'attività del gruppo operativo dell'équipe il quale agisce di concerto con il responsabile del distretto, in rapporto con le aree funzionali proprie del distretto e con i servizi socio-assistenziali presenti nell'area. Il gruppo operativo svolge nel distretto funzioni di primo livello attinenti al suo specifico e prevalentemente di primo approccio/conoscenza, di filtro, di prevenzione.

Il gruppo operativo deve curare in particolare il rapporto con la medicina di base e modulare la sua attività al contesto socio-ambientale di riferimento.

A livello distrettuale si possono prevedere interventi domiciliari ed in genere socio-ambientali da parte dell'équipe del dipartimento di psichiatria;

b) **Le strutture zonali** — Esse comprendono i servizi che si rivolgono a bacini di utenza a scala ULSS, quali:

- il Centro di Salute Mentale; collocato preferibilmente a livello territoriale, aperto tutti i giorni per almeno 12 ore al giorno:
  - con funzioni ambulatoriali;
  - con attività socio-ambientale e domiciliare da parte del personale non medico;
  - con attività di ospedalizzazione diurna per la diagnosi, la terapia e la riabilitazione psichiatrica, in collegamento con attività espressive, ricreative e occupazionali;
- day hospitals;
- l'assistenza psichiatrica domiciliare di tipo sanitario e sociale e le terapie familiari organizzate con servizio periodico programmato;
- altre strutture come comunità alloggio, appartamenti e strutture protette per piccoli gruppi di persone con forme di protezione differenziata in rapporto al grado di autonomia degli utenti e con 1 posto letto per 10.000 abitanti del bacino di utenza sino ad un massimo di 15 letti per ogni Comunità, previste dal Piano Regionale precedente;
- il servizio di diagnosi e cura ospedaliero con 1 posto letto per 10.000 abitanti del bacino di utenza sino ad un massimo di 16 letti per ogni servizio e con spazi terapeutici rispettosi delle esigenze degli utenti e degli operatori.

Il carattere misto dell'assistenza psichiatrica erogata a persone di ambo i sessi impone, soprattutto nei servizi ospedalieri di diagnosi e cura, la presenza in organico di un pari numero di infermieri dei due sessi, considerando la peculiarità del rapporto interpersonale in psichiatria.

Il trasferimento del paziente in trattamento sanitario obbligatorio (TSO) alla sede ospedaliera può avvenire tramite i normali servizi di ambulanza ospedaliera (con il personale del Pronto Soccorso normalmente in dotazione all'ambulanza dell'ospedale), chiamata ad intervenire dall'Autorità Sanitaria che ha disposto il TSO (Sindaco) e che può, ove necessario, mobilitare i Vigili Urbani e la Forza Pubblica, per l'eventuale azione di forza.

- comunità terapeutiche residenziali protette di piccole dimensioni (v. II.5.4., 3° comma);
- il pronto intervento psichiatrico aperto 24 ore su 24 con propri servizi d'urgenza, con intervento al domicilio del paziente.

Questo tipo di strutture sono obbligatorie per ogni ULSS, che dovrà inserirle nei Progetti obiettivo, precisandone tempi di realizzazione, personale e finanziamenti.

c) **Le strutture multizonali** quali gli OOPP, case di salute, strutture private convenzionate neurologiche.

Rispetto a queste ultime deve essere realizzata una forte integrazione assistenziale in relazione

alla continuità terapeutica mediante la definizione ai programmi di intervento concordati con l'ULSS di competenza.

### II.5.3. Accelerazione dei processi di superamento degli Ospedali Psichiatrici (OO.PP.) delle Case di salute

Dopo una prima fase in cui il processo di dimissioni ha avuto una certa consistenza:

OO.PP. ricoverati:	Case di salute:
1/ 1/79 — 4.345	
31/12/79 — 3.868	31/12/79 — 1.628
31/12/81 — 3.290	31/12/81 — 1.310
31/12/82 — 2.975	31/12/82 — 1.167
31/12/87 — 2.271	31/12/87 — 902

Negli anni successivi tale tendenza ha avuto una dimensione molto meno marcata come dimostra il numero dei ricoverati al 31 dicembre 1987 che risulta essere: 2271 negli OO.PP. e 902 nelle case di salute.

La dimensione del fenomeno impone quindi di considerare con attenzione la questione del superamento graduale degli OO.PP. e delle case di salute anche nel progetto obiettivo del Piano 89/91.

Infatti se il superamento degli OO.PP. procedesse con le attuali cadenze, si realizzerebbe quasi esclusivamente "motu proprio" cioè in seguito ai decessi dei ricoverati con costi (per limitarci a questo aspetto) di gestione che graverebbero sulla possibilità di potenziare le politiche territoriali.

Ove mancasse la prima condizione (a causa dell'età avanzata o di altri gravi fattori) si prevederanno soluzioni specifiche di tipo residenziale ed assistenziale.

In generale gli OO.PP. e le case di salute dovranno essere utilizzate per la psichiatria.

Il superamento degli OO.PP. e case di salute è legato a due condizioni:

- il modo di operare della struttura asilare in funzione non della sua perpetuazione ma in funzione della riabilitazione e risocializzazione;
- la volontà: capacità del territorio di appartenenza di farsi carico della propria utenza.

Per rendere concrete tali condizioni pare opportuno indicare i seguenti percorsi:

- ogni UU.LL.SS.SS. sede di OO.PP. o casa di salute è impegnata a presentare obbligatoriamente un progetto molto concreto e dettagliato finalizzato al massimo recupero riabilitativo e socializzante come premessa alla dimissione (promozione di attività di animazione, vita comunitaria, ristrutturazione degli spazi per la creazione di momenti autonomi autogestiti di vita e di relazioni sociali), con i relativi tempi di attuazione;
- di converso le UU.LL.SS.SS. cui appartengono territorialmente i pazienti dimissibili o in via di dimissione si attivano per accogliere i dimissibili. L'eventuale dimissione in famiglia deve avvenire previo coinvolgimento e consenso dei familiari;
- organizzazione periodica da parte del Dipartimento della Sanità di incontri fra le UU.LL.SS.SS. per valutare l'andamento dei processi.

Le dimissioni devono essere subordinate, come condizione essenziale ed irrinunciabile, alla effettiva realizzazione di piccole comunità terapeutiche residenziali e di altre strutture idonee, a livello di singola ULSS.

Nell'ambito delle politiche tese al superamento/depotenziamento delle strutture asilari un obiettivo del progetto per "la tutela della salute mentale" riguarda la chiusura di alcune case di salute ubicate nella stessa provincia.

La proposta di chiusura ha una forte base di oggettività e fattibilità in quanto le dimissioni, attuate soprattutto nella fase iniziale di applicazione della 180/833, hanno lasciato spazi liberi (da verificare attentamente situazione per situazione) sia negli OO.PP. soprattutto, sia nelle case di salute per permettere trasferimenti programmati.

Data la cronica carenza di spazi, le vecchie strutture potranno essere riutilizzate con le necessarie ristrutturazioni, per i servizi previsti al capitolo II. In generale i ricavi di eventuali alienazioni e lo stesso patrimonio dovranno essere utilizzati o mantenuti esclusivamente per le esigenze dei servizi psichiatrici.

Con ciò si vuole esplicitare la possibilità di assistere in un numero più ampio e decentrato di strutture una serie di pazienti non solo ai fini di un rapporto costi-benefici più corretto (questione, questa, da non sottovalutare comunque) ma per garantire una più qualificata assistenza e possibilità di recupero/reinserimento che non possono essere fornite da strutture meramente asilari, con carattere fortemente istituzionalizzanti, con personale talora insufficiente sia quantitativamente che qualitativamente.

La questione è di estrema delicatezza sia sul piano politico che su quello sociale ed umano in quanto una gestione burocratica di essa - impostata su criteri di mera razionalizzazione - bloccherebbe sul nascere la stessa proposta.

Si tratta perciò di proporre forme di gestione corrette e finalizzate al miglioramento della qualità dell'assistenza.

Si può ipotizzare un percorso che preveda:

- la verifica degli spazi disponibili non solo meramente fisici ma di "agibilità terapeutica" per garantire livelli adeguati di assistenza escludenti la creazione di nuove ghettizzazioni ma, al contrario, con l'inserimento nel progetto di superamento degli OO.PP. nel programma di attività del dipartimento di psichiatria.

Ciò permetterebbe di superare una situazione che si è venuta via via consolidando che considera, nei fatti, le Case di salute presidi a sé stanti, destinati ad esaurirsi nel tempo in virtù di leggi naturali (decessi);

- disponibilità da parte di tutti gli operatori, che devono diventare i protagonisti del progetto, di farsi carico di soggetti con storie, vissuti e patologie in parte diverse da quelle tradizionali dei degenti negli OO.PP.;
- rapporto e coinvolgimento preventivo delle OOSS per concordare i prevedibili e necessari processi di mobilità e dei familiari dei degenti al fine di ottenere una reale disponibilità al progetto.

L'attuazione di questo progetto richiede l'ampliamento del personale e sua riqualificazione umana e professionale; pertanto la Regione dovrà farsi carico di potenziare gli organici della Psichiatria in ogni singola ULSS e, utilizzando anche le piante organiche dei servizi sociali per quelle figure necessarie ma non comprese nei profili professionali sanitari e di istituire i corsi di qualificazione e riqualificazione professionale.

#### II.5.4. Continuità terapeutico/assistenziale per il trattamento delle patologie a medio e lungo decorso

Le UU.LL.SS.SS. dovranno inserire in modo immediato nel Progetto Obiettivo l'attivazione di comunità terapeutiche residenziali protette di piccole dimensioni, ad alta qualificazione terapeutica, operanti 24 ore su 24, gestite dal Dipartimento di psichiatria, ove si coniugano il momento dell'intervento terapeutico con quello più o meno breve della fase di recupero, dove è possibile, tramite l'azione interna delle stesse strutture e le più svariate forme di inserimento sociale.

Altro cardine è il rapporto con le famiglie che devono essere particolarmente seguite, supportate e corresponsabilizzate mediante la creazione di specifici servizi.

Le strutture devono essere attivate nel contesto ambientale in cui si manifesta il disagio psichico non devono avere carattere multizonale e devono essere attivate in ogni U.L.S.S., contestualmente alla disattivazione manicomiale e delle case di salute.

Per talune strutture e/o servizi sia prevista la possibilità di realizzazione anche in forma consortile fra più UU.LL.SS.SS. limitrofe o più Dipartimenti.

#### II.5.5. Indicatori di verifica

Costituiscono indicatori di verifica per l'attuazione del presente progetto-obiettivo nel triennio 1989/91:

- a) l'istituzione e l'attivazione dei dipartimenti con la nomina dei relativi coordinatori unici;
- b) la rilevazione dei dati quantitativi e qualitativi della situazione psichiatrica, in vista della predisposizione articolata degli interventi;
- c) la predisposizione da parte delle UU.LL.SS.SS. sede di OO.PP. o di case di salute dei progetti di riconversione strutturali e/o di dismissione dei presidi devoluti;
- d) la predisposizione, nella stessa U.L.S.S. degli elenchi dei dimissibili e dei non dimissibili;
- e) la predisposizione, nelle altre UU.LL.SS.SS., dei programmi relativi all'accoglimento dei pazienti che verranno dimessi dagli Ospedali privati e dalle case di salute.

#### II.5.6. Risorse

Per realizzare il progetto obiettivo "TUTELARE LA SALUTE MENTALE" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1988	1989	1990	Totale
18.000	21.000	23.000	62.000

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e spese correnti.

## **II.6. PROGETTO OBIETTIVO: TUTELARE LA SALUTE DELLE PERSONE ANZIANE**

### **II.6.1. Le direttrici fondamentali di intervento**

Il consistente e progressivo incremento della popolazione anziana rende sempre più impellente ed impegnativa la realizzazione di una articolata rete di servizi sociali e sanitari, rispondenti qualitativamente e quantitativamente alle effettive esigenze di questa categoria di cittadini.

La complessità dei bisogni delle persone anziane, che afferiscono sia alla sfera sociale sia a quella del sanitario, implica il costante e pieno coinvolgimento di tutti i soggetti, pubblici e privati, che a vario titolo sono chiamati ad operare a favore degli anziani: i Comuni innanzitutto, cui è attribuita la titolarità delle funzioni in materia di assistenza sociale, le Unità Locali Socio Sanitarie, per gli interventi sanitari e per quelli di connotazione sociale ad esse conferite dalle Leggi statali e regionali; le istituzioni pubbliche e private, senza fini di lucro, che, in base alle proprie norme statutarie, assolvono a precise finalità assistenziali; il volontariato organizzato nel suo fondamentale ruolo di supporto, di collaborazione, di stimolo nella realizzazione di servizi sociali per anziani.

Detti enti ed organismi associativi, pur nella specificità dei propri compiti istituzionali, devono operare in stretta collaborazione ed integrazione funzionale, secondo un progetto globale di intervento, da realizzarsi a livello di ULSS o di distretto socio-sanitario.

E' questa la condizione essenziale perchè, coinvolgendo e coordinando tutte le risorse ed energie, possa essere data risposta efficace ai molteplici e differenziati bisogni delle persone anziane.

La Regione è impegnata a promuovere l'azione coordinata degli Enti e degli organismi suddetti, orientando a tal fine anche le proprie risorse finanziarie.

In coerenza con gli indirizzi generali, che si è data in alcuni atti fondamentali (L.R. n. 55/1982 e successive modificazioni ed integrazioni; L.R. n. 13/1984; programma triennale socio-assistenziale), la Regione intende col presente Piano rafforzare due direttrici fondamentali:

- 1) il potenziamento dei servizi domiciliari integrati, al fine di mantenere la persona anziana il più a lungo possibile nel proprio ambiente familiare e sociale;
- 2) la riqualificazione dei servizi sanitari e assistenziali offerti agli anziani ricoverati nelle strutture ospedaliere e agli ospiti non autosufficienti delle strutture residenziali.

### **II.6.2. Articolazione dell'utenza anziana e differenziazione dei bisogni assistenziali**

Le stime più attendibili presentano un fabbisogno assistenziale composto dal 3,8% degli ultrasessantacinquenni in condizione di non autosufficienza, dal 10% degli ultrasessantacinquenni in condizione di parziale autosufficienza e dal 20% della stessa classe di età in situazione di autosufficienza ma comunque abbinati a servizi socio-sanitari.

A fronte di questo panorama complessivo, dalle ricerche condotte sulla condizione degli anziani, emerge in modo omogeneo per quanto concerne gli anziani sul territorio, una prima sostanziale differenziazione tra gli anziani al di sotto o al di sopra di una certa soglia di età che potremmo indicare intorno ai 75 anni (con differenza fra i sessi: prima per le femmine e più tardi per i maschi).

**1.1.** Nel primo grande gruppo di anziani le esigenze prevalenti emergenti pongono soprattutto la richiesta di socializzazione e prevenzione.

A fronte cioè dell'uscita della vita attiva, della crescente solitudine, della perdita di relazioni, della progressiva difficoltà a condurre una condizione esistenziale interessante anche per l'aumentato impatto del disbrigo delle pratiche quotidiane - che caratterizzano questa area di età - la richiesta emergente è quella di essere aiutati a conservare una rete di interessi e di interrelazioni.

Ciò non può essere solo o tanto l'assistenza domiciliare e l'aiuto domestico quanto una rete di servizi che oltre alla domiciliare comprenda trasporti, centri diurni, soggiorni Università della Terza Età, momenti di animazione, ginnastica riabilitativa, ecc..

Inoltre, crescendo le difficoltà fisiche a svolgere anche funzioni semplici aumenta il desiderio di attenzione educativa che stimoli nell'anziano capacità di adattamento e di autonomia, che aiuti cioè l'anziano ad "imparare ad invecchiare".

1.2. Nel secondo gruppo di anziani, viceversa, diventa prevalente l'esigenza di un supporto assistenziale e sanitario a domicilio.

Diventa cioè emergente la condizione di progressiva perdita di autosufficienza psico-fisica, con aggravamento delle difficoltà rispetto al disbrigo delle attività connesse alla persona e domestiche.

Di conseguenza il bisogno è di aiuto materiale diretto, di supporto sanitario crescente, di rottura di una condizione di effettivo isolamento e di sicurezza complessiva.

Quindi assistenza domiciliare, telesoccorso, raccordo con i servizi sanitari esterni (dayhospital, poliambulatorio, riabilitazione) possono essere i fabbisogni espressi.

1.3. Per quanto attiene gli anziani già istituzionalizzati anche qui si può distinguere a seconda dell'indice di incapacità funzionale.

Laddove vi è ancora un significativo mantenimento di capacità residue prevale una esigenza di servizi di relazione ed hotelieri.

Viceversa, con la progressiva perdita di autosufficienza, la richiesta investe sempre più la sfera delle prestazioni sanitarie accanto al sostegno globale e pressochè continuativo nella gestione della vita quotidiana (igiene personale, ecc.).

### II.6.3. Come organizzare una risposta sanitaria e sociale assistenziale

Il problema deve essere quindi posto non in termini generici di assistenza all'anziano ma come esigenza di rendere il sistema dei servizi sanitari e assistenziali contestualmente più duttile e più mirato, con una costante verifica della sua effettiva incidenza nel diminuire lo stato di bisogno e non, come oggi avviene, semplicemente sulla diffusione dei servizi erogati.

Peraltro va precisato che, anche sul piano quantitativo, la crescita dell'invecchiamento non si pone in termini generalizzati in quanto la quota dei "grandi anziani" è destinata a registrare di qui al 2000 un incremento molto più contenuto che non la fascia di età compresa tra i 60 e i 75 anni.

In particolare è quindi sulla quota di "grandi anziani" che vanno concentrati e qualificati gli interventi assistenziali e sanitari mentre sul più ampio versante della popolazione anziana le modifiche da introdurre ottengono l'assetto sociale più complessivo per rendere l'utenza meno emarginata dalla vita attiva.

Accanto a questo primo chiarimento circa il "target" di utenza da seguire occorre subito introdurre una seconda specificazione relativa all'integrazione tra settore sanitario e settore socio-assistenziale.

L'esperienza di questi anni ha dimostrato che il problema non risiede necessariamente nell'integrazione istituzionale e gestionale nè in una generica esigenza di approccio unitario e globale che spesso si è tradotta in confusione di ruoli ed in una scarsa qualificazione della risposta fornita all'anziano.

Il problema va pertanto riformulato definendo una specificità dei differenti ruoli istituzionali e professionali e individuando momenti di integrazione strutturata laddove ciò è effettivamente indispensabile per la riuscita dell'intervento.

Da un lato, infatti, vi sono momenti di intervento di natura settoriale per i quali l'integrazione istituzionale e gestionale provoca più svantaggi che benefici (ad esempio la gestione dell'assistenza economica in capo alla ULSS) e che comunque richiedono competenze specifiche settoriali (ad esempio la gestione di un paziente terminale).

Dall'altro, viceversa, vi sono momenti assistenziali - del "percorso dell'anziano" - che richiedono una integrazione già nel momento decisionale (ad esempio il passaggio dell'anziano dall'ospedale alla casa di riposo o al proprio domicilio e viceversa) e che deve necessariamente configurare una attività interdisciplinare su protocolli comuni predefiniti.

Le forme di tale integrazione richiedono nuove modalità organizzative strutturate qualitativamente su due classi di servizi:

- i servizi socio-assistenziali di base;
- i servizi socio-assistenziali di tipo specialistico;
- telesoccorso.

Ambedue le classi di servizi contemplano "servizi non residenziali", "servizi semiresidenziali", "servizi residenziali" secondo la classificazione seguente:

a) Servizi socio-assistenziali di base

**non residenziali:**

- ambulatorio del medico di base
- servizi vari di prevenzione degli stati di invalidità
- segretariato e servizio sociale (aiuto sociale)
- assistenza domiciliare integrata
- spedalizzazione domiciliare

**semiresidenziali:**

- centro diurno socio-sanitario

**servizi residenziali:**

- case albergo e case per anziani autosufficienti
- residenze sanitarie assistenziali: strutture residenziali per anziani non autosufficienti o parzialmente autosufficienti o a rischio di non autosufficienza

b) Servizi socio-assistenziali di tipo specialistico

non residenziali:

- poliambulatorio: consulenza specialistica, diagnostica strumentale, fisioterapia riabilitativa

semiresidenziali:

- ospedale diurno: con prevalente attitudine terapeutico-riabilitativa
- centro territoriale di riabilitazione
- centro dialisi ad assistenza limitata

residenziali:

- ospedale generale o specializzato: con divisioni cliniche, di geriatria, per lungodegenti, di riabilitazione, terapie intensive e cure palliative per malati terminali.

Prima di entrare nel merito di queste giova però focalizzare un terzo aspetto della gestione anziani relativo al "problema della geriatria". La "gerontologia e geriatria" si pone in primo luogo come esigenza di studio per tutti i medici e gli operatori:

- dei problemi generali dell'invecchiamento;
- della fisiopatologia dell'invecchiamento e della vecchiaia;
- della prevenzione e cura delle malattie di questa età;
- di una migliore organizzazione dell'assistenza.

Inoltre la presenza della competenza geriatrica è da ritenersi esiziale per la qualificazione dei servizi ospedalieri e territoriali, proprio come elemento di promozione del salto culturale sopra richiamato prima ancora che come attività specifica.

Il secondo P.S.S.R. prevede poi - quale scelta qualificante la riconferma o l'istituzione di divisioni di geriatria o di lungodegenza in tutte le ULSS della Regione.

A tale presenza geriatrica saranno affidati i seguenti compiti:

- attività di ricovero ospedaliero e consulenza intraospedaliera come indicato al successivo punto 4.3.;
- consulenza e supervisione alle residenze protette di assistenza sociale e sanitaria di cui al successivo punto 4.2.;
- coordinamento delle attività sanitarie erogate a favore dell'utenza anziana a livello territoriale, di strutture residenziali e di strutture ospedaliere come specificato al successivo punto 4.1..

## II.6.4. Gli interventi sanitari a favore dell'utenza anziana

### II.6.4.1. Interventi a livello territoriale-distrettuale

L'obiettivo di mantenere il più possibile l'anziano presso il proprio domicilio - obiettivo già fissato dal primo P.S.S.R. - rimane in sé valido e richiede di perseguire un progressivo adeguamento quali-quantitativo dei servizi territoriali ed in particolare dell'attività di assistenza domiciliare.

Da questo punto di vista l'analisi della situazione esistente sul territorio regionale evidenzia una realtà del servizio già superiore al 2% degli ultrasessantacinquenni indicata dalla bozza di P.S.N.

(gli utenti assistiti dalla domiciliare sono il 2,4% della popolazione anziana) ma soprattutto caratterizzata da una insufficiente finalizzazione del servizio, derivante da una inadeguata selezione dell'utenza, e con una certa criticità relativamente alla compresenza delle prestazioni sanitarie con quelle assistenziali.

Inoltre si rileva uno scarso raccordo tra le competenze professionali impiegate nei servizi domiciliari ed i medici di famiglia e le strutture di assistenza sociale (case di riposo) e sanitarie (ospedali).

Si pongono, pertanto, da un lato, esigenze di estensione dei servizi domiciliari agli ambiti territoriali che ancora ne sono privi e di loro completamento ed integrazione per quelle realtà in cui non esiste una équipe multiprofessionale ma solo la presenza di singoli operatori (sanitari o sociali). Dall'altro lato, si pongono esigenze di raccordo dei servizi e delle strutture deputate all'assistenza dell'anziano in modo da orientare e seguire unitariamente il "percorso" sanitario e assistenziale dello stesso.

Sul primo versante si può ritenere necessario l'obiettivo di garantire il servizio di assistenza domiciliare almeno al 4% della popolazione ultrasessantacinquenne, superando le suddette carenze attuali di finalizzazione (selezione dell'utenza da seguire) e di integrazione (compresenza di operatori assistenziali e sanitari).

Tale obiettivo comporterà ovviamente un adeguamento del personale infermieristico, non solo in termini di nuove disponibilità di organico, ma anche in termini di riconversione di risorse oggi diversamente impiegate, considerando altresì l'esigenza di avviare una sperimentazione a scala operativa locale del servizio di spedalizzazione domiciliare. A tale proposito, laddove non sia possibile reperire personale paramedico nell'entità prevista dai posti in organico e necessari si potrà ricorrere, in via transitoria, all'instaurazione di rapporti convenzionali con istituti pubblici di assistenza e beneficenza o con cooperative di servizi. Il servizio di spedalizzazione domiciliare potrà in particolare rivolgersi a:

- malati con grave compromissione generale per patologie di tipo evolutivo che richiederebbero ricoveri ospedalieri periodici per controlli e trattamenti speciali;
- pazienti che in seguito ad interventi mutilanti (laringectomizzati, colonstomizzati, ecc.), richiedono assistenza medica, rieducativa, psicologica, per il reinserimento socio-familiare;
- malati in fase terminale che si trovano in grave disagio fisico e psichico in ambiente ospedaliero.

Sul secondo versante, viceversa, si pone essenzialmente un problema di utilizzo razionale delle risorse esistenti attraverso l'integrazione funzionale degli operatori e delle strutture afferenti all'area dell'assistenza all'anziano ma collocate in gestioni separate (Comuni, Comunità Montane, UU.LL.SS.SS., I.P.A.B., istituti convenzionati, volontariato, ecc.).

Per superare le carenze attuali sono pertanto necessarie soluzioni adeguate che, per il versante sanitario, sono riferite all'organizzazione distrettuale, integrata dalla figura del geriatra che assume funzioni di coordinamento, in una logica dipartimentale, dell'attività degli operatori sanitari, mentre, sul versante assistenziale, opera, a livello territoriale, l'équipe socio-assistenziale come previsto dal modulo organizzativo di cui al Piano Sociale.

Le due équipes, a livello distrettuale, concordano i criteri e le modalità di assunzione, di trattamento e di verifica dei casi assistiti in comune.

#### II.6.4.2. Interventi a livello di strutture di ospitalità zonali

La Regione con il Regolamento n° 8/84 ha fissato le tre tipologie di strutture residenziali per anziani in base alle quali procedere ad una progressiva riconversione ed adeguamento delle strutture esistenti:

- Casa per anziani autosufficienti;
- Casa Albergo;
- Casa per anziani non autosufficienti.

Per ciascuna di queste tipologie sono state definite le caratteristiche strutturali e organizzative, le attività e il personale necessario.

Mentre per le prime due tipologie - trattandosi di residenze di assistenza sociale - non si prevede una specifica componente sanitaria interna alle strutture, essendo i fabbisogni eventuali garantiti dai servizi di livello territoriale-distrettuale, per le "Case per anziani non autosufficienti" si prevede una specifica componente sanitaria, con relativa attribuzione degli oneri finanziari a carico del F.S.R. (D.C.P.M. 5/8/85).

Tale presenza sanitaria può essere riprecisata per le seguenti figure professionali, indicate con i relativi compiti e standards di fabbisogno:

- Medico-generico di libera scelta che assicura al proprio assistito il complesso di prestazioni fissato dalla Convenzione Unica per la Medicina Generica, ivi compresa la reperibilità diurna (mentre quella notturna viene garantita dai servizi di guardia medica). Considerata inoltre la situazione, già di fatto oggi generalizzata di relativa concentrazione delle scelte in capo allo stesso medico curante o a pochi medici si ritiene necessario garantire - mediante accordo sindacale Regione/Sindacati dei Medici Generici - la funzionalità quotidiana di un ambulatorio medico.

Ciò al fine di facilitare la continuità assistenziale da parte del medico curante e, quindi, di consentire una preventiva azione tesa ad evitare aggravamenti dello stato di non autosufficienza degli ospiti nonché a permettere agli stessi un agevole consulto del medico curante.

- Geriatra o medico ospedaliero di medicina generale che assicura una attività di supervisione alla residenza protetta attraverso il consulto costante con i medici curanti, la verifica dell'attuazione dei programmi terapeutici da parte del personale infermieristico e di riabilitazione, la cura dell'igiene ambientale della struttura.

Inoltre la figura del geriatra deve consentire un corretto rapporto tra residenza protetta e servizi territoriali e reparti ospedalieri, verificando ex ante con il medico curante l'eventuale esigenza di ricovero ospedaliero dell'ospite o, viceversa, la dimissione ospedaliera ed il conseguente (re)inserimento dell'anziano nella residenza protetta.

- Infermiere professionale e terapeuta della riabilitazione.

Alla prima figura compete l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria diretta (terapia iniettiva, medicazioni, sorveglianza, ecc.) secondo il programma terapeutico stabilito dai medici curanti e secondo le direttive organizzative predisposte dal medico-geriatra.

Alla seconda figura professionale compete l'espletamento delle prestazioni riabilitative per prevenire nuove disabilità, di mantenimento e di miglioramento delle residue capacità dell'ospite.

Lo standard di infermiere professionale, stabilito dal Piano Sociale, deve garantire la copertura delle 24 ore.

E' evidente, in particolare per quest'ultima figura, che il fabbisogno può presentare notevoli variabilità a seconda della tipologia di ospiti, dei programmi stabiliti dal fisiatra (servizi specialistici dell'UU.LL.SS.SS.), e del possibile espletamento delle attività riabilitative complementari da parte del personale ausiliario.

Nei concorrere a soddisfare il fabbisogno regionale, che dovrà garantire il 5% dell'utenza ultrasessantacinquenne in residenze protette per non autosufficienti, rientreranno prioritariamente nel prossimo triennio e comunque precederanno la creazione di eventuali nuove strutture:

- a) Le case di riposo (pubbliche, IPAB e private convenzionate) esistenti che già possiedono i requisiti strutturali, organizzativi e gestionali indicati.
- b) Le case di riposo (pubbliche, IPAB, private convenzionate) esistenti che sulla base dei Piani Attuativi di U.L.S.S. vengono indicate passibili di riconversioni - mediante i finanziamenti dello specifico progetto-obiettivo - per rientrare nei requisiti fissati dal progetto-obiettivo medesimo.
- c) I presidi ospedalieri di Galliera (U.L.S.S. 19) e di Costa di Vittorio Veneto (U.L.S.S. 12) la cui riconversione a residenze protette potrà essere finanziata con i fondi di cui all'art. 20 della Legge 67/88 (Legge finanziaria dello Stato).
- d) gli spazi ospedalieri che verranno dismessi in seguito alla attuazione del presente P.S.S.R. (in particolare negli ospedali di Lamon, Malo, Soligo, Crespano, Giustinian, Cavarzere) o che già risultano inutilizzati e per i quali le UU.LL.SS.SS. ritengono di avviare programmi di riconversione da finanziarsi con fondi regionali (di cui alla Legge 67/88).

Con riferimento ai suddetti programmi di riconversione la Regione, in base all'art. 20 della Legge 67/88, che fisserà gli standard dimensionali e i requisiti minimi delle residenze per non autosufficienti, ricercherà soluzioni architettoniche ed abitative che evitino qualsiasi tipo di barriere architettoniche e di articolazioni segreganti, favorendo l'umanizzazione delle residenze, le possibilità d'incontro e di socializzazione degli ospiti.

#### **II.6.4.3. Interventi a livello di strutture ospedaliere**

Per quanto attiene alle strutture di ricovero ospedaliero si richiamano qui le indicazioni esplicitate nel capitolo 1.6.2. relative alla riqualificazione ed al contenimento delle dotazioni ospedaliere e concretizzate nelle schede ospedaliere che prevedono una entità sostanzialmente coincidente con l'1% dei posti letto, indicato dalla Legge 595/85, le strutture di recupero e riabilitazione funzionale, di geriatria e lungodegenza nonché i presidi ad indirizzo riabilitativo.

Per questi ultimi in particolare le UU.LL.SS.SS. attraverso i Piani Attuativi dovranno avviare i conseguenti processi di riconversione delle dotazioni (sul piano edilizio-spaziale, dei servizi, del personale, ecc.).

E ciò non solo in funzione delle differenti patologie trattate e delle relative caratteristiche intensive della cura, delle esigenze di riabilitazione e della differente durata della degenza ma anche considerando le esigenze di umanizzazione delle degenze e dei diversi bisogni di vita di relazione dei pazienti, laddove la combinazione di età e patologie pone specifiche differenziazioni.

Inoltre, in tale revisione organizzativa, le UU.LL.SS.SS. dovranno considerare le connessioni che debbono intercorrere tra struttura ospedaliera e residenze protette e servizi domiciliari, laddove è evidente che a qualsiasi programma di riassetto ospedaliero non può essere indifferente la situazione delle residenze protette e dei servizi territoriali e viceversa.

L'obiettivo è quello di costruire una "rete di servizi" integrata e unitaria in cui la specificità dei singoli apporti va ripensata e valorizzata in funzione di un "percorso complessivo dell'anziano".

#### II.6.5. Le risorse finanziarie

Per realizzare il progetto obiettivo: "TUTELARE LA SALUTE DEGLI ANZIANI" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
20.000	21.000	22.000	63.000

I finanziamenti sono assegnati previa presentazione di specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e per spese correnti: hanno priorità di finanziamento i progetti sperimentali del servizio di spedalizzazione a domicilio realizzati con la partecipazione di gruppi di medici di medicina generale convenzionati.

Ad integrazione del suddetto progetto obiettivo la Regione assicura i seguenti interventi finanziari:

#### 1. Assistenza infermieristica e di rilievo sanitario per anziani non autosufficienti:

1989	1990	1991	Totale
135.000	139.000	143.000	417.000

#### 2. Telesoccorso:

1989	1990	1991	Totale
5.000	5.500	5.500	16.000

Le UU.LL.SS.SS. garantiscono altresì la rimanente assistenza sanitaria (medicina di base, farmaci e materiale e presidi sanitari, ecc.) per gli anziani non autosufficienti.

### II.7. PROGETTO OBIETTIVO: LA SALUTE E LA SICUREZZA SOCIALE DELLE PERSONE DISABILI

#### II.7.1. Gli elementi strutturali del problema

Lo sviluppo personale e sociale e l'effettiva integrazione nella società delle persone disabili comportano, quale premessa essenziale, il possesso di soggettive condizioni di salute. Salute intesa come assenza di fattori inibenti lo sviluppo personale e relazionale connessi alla minorazione e alla disabilità e come possesso di funzioni e di abilità necessarie alla vita quotidiana.

L'esperienza maturata negli anni percorsi consente di evidenziare come ogni azione finalizzata all'educazione, alla formazione e al recupero sociale della persona disabile appaia di ridotta efficacia se offerta a individui in situazione di carenza di salute nel senso anzidetto.

Il consistente sviluppo dell'assetto dei servizi terapeutico-riabilitativi nelle diverse UU.LL.SS.SS. (risultato della convergenza di scelte programmatiche regionali e locali) ha certamente contribuito ad offrire al disabile, soprattutto in età evolutiva, riferimenti certi e stabili per la promozione di condizioni positive di salute e di benessere.

Sussistono, tuttavia, aspetti problematici individuabili nel sottodimensionamento dell'assetto dei servizi in talune aree territoriali e nella generalizzata persistenza di difficoltà ad operare secondo criteri di integrazione e con logiche di globalità per le quali la persona disabile dovrebbe essere "trattata" non solo in riferimento alla sua situazione psico-fisica ma all'ambiente familiare e socio-culturale di provenienza.

La sollecitudine riabilitativa rivolta al soggetto disabile non può, infatti, essere disgiunta dalla pari attenzione alle diverse situazioni dei componenti il nucleo familiare.

La presenza di una persona disabile in famiglia induce nei componenti il nucleo una notevole molteplicità di problemi non tanto e non solo di natura organizzativa ma di complessità di oneri e di responsabilità che spesso provocano l'insorgere di stati di disagio e di malattia con conseguenze negative per la vita del disabile stesso e per il successo dell'azione terapeutico riabilitativa. Il coinvolgimento dei familiari nel processo terapeutico-riabilitativo del disabile richiede, altresì, la proposizione di appropriati strumenti conoscitivi utili e all'adozione di comportamenti e atteggiamenti "corretti".

In definitiva, il ruolo riconosciuto alla famiglia nel processo di sviluppo personale e per il mantenimento di condizioni ottimali di salute induce a riservare a questa particolari attenzioni nell'assicurare la disponibilità di un complesso di servizi longitudinali ed efficienti, nel garantire supporti adeguati nella gestione diretta del caso e nel proporre, infine, certezze di dignitosa soluzione nella malaugurata (e purtroppo frequentissima) evenienza in cui la famiglia stessa non possa più continuare ad adempiere alle proprie funzioni tutelari. E' una risposta al drammatico problema che assilla molte famiglie e che si esprime nell'interrogativo del "dopo di noi?".

### II.7.2. Gli obiettivi specifici

Gli aspetti problematici ora delineati orientano le scelte politiche ed operative della Regione al raggiungimento dei seguenti obiettivi che sostanziano il presente progetto in una logica di processualità e di sviluppo con i risultati conseguiti dal precedente Piano triennale socio-sanitario e in sintonia con il Piano triennale socio-assistenziale:

- potenziamento dei servizi territoriali per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle forme di minorazione e di disabilità. Tale potenziamento riguarda l'aspetto quantitativo-distribuzionale quale uniforme disponibilità di servizi sul territorio e l'aspetto qualitativo, nelle modalità organizzative dei servizi secondo una logica di efficacia-efficienza e come capacità di relazione e di dialogo con le diverse istituzioni operanti in favore del disabile. Particolare rilievo assumono in questa direzione i servizi di prevenzione, cura e riabilitazione in favore dei non vedenti e dei non udenti; vanno pertanto promossi, anche con convenzioni speciali, modelli di sperimentazione e interventi di metodologie innovative;
- garanzia di erogazione di prestazioni sanitarie e di supporti finanziari per attività assistenziali di rilievo sanitario per i disabili ospiti di strutture di accoglienza diurna;

- costituzione di un sistema di strutture di tutela che offrano al disabile e ai suoi familiari garanzie di accoglienza nei casi in cui la famiglia non è più in grado di svolgere il proprio ruolo di tutela e di sicurezza;
- formazione-aggiornamento degli operatori sanitari e socio-assistenziali sugli aspetti connessi alla salute della persona disabile;
- formazione-informazione dei componenti il nucleo familiare per l'acquisizione di strumenti conoscitivi per una appropriata gestione del "caso".

### II.7.3. Le azioni socio-sanitarie e di integrazione sociale

Ai fini di ottimizzare le prestazioni dei Servizi le UU.LL.SS.SS. adottano specifici progetti obiettivo finalizzati alla ristrutturazione dei Servizi per conseguire risultati di efficacia-efficienza e modalità di intervento commisurate alle reali aspettative della persona considerata nella sua globalità e in riferimento al suo ambiente di provenienza.

A tal fine vengono assunti come obiettivi complementari quello delle iniziative di formazione professionale con il Piano Regionale specifico e quello dell'inserimento lavorativo secondo le previsioni e le modalità della normativa regionale.

In essi in particolare andranno specificati:

- a) Ruolo di servizi nei confronti della scuola: in armonia con quanto indicato nel programma triennale socio-assistenziale, la Giunta Regionale definisce intese con la scuola per la definizione delle modalità di intervento e di relazione dei servizi territoriali materno infantili a supporto dell'azione educativa della scuola per l'inserimento scolastico degli alunni in condizione di disagio.
- b) I servizi di trasporto degli handicappati dal domicilio alla sede dei servizi semiresidenziali.
- c) Le iniziative di formazione e di inserimento lavorativo degli handicappati adulti.
- d) La collocazione e l'organizzazione dei Centri educativi occupazionali diurni.
- e) Piano di dotazione del territorio di strutture di accoglienza residenziale e diurna per disabili. A tale proposito la Giunta Regionale elaborerà un Piano di localizzazione di strutture di accoglienza nel territorio (Comunità alloggio, Gruppi famiglia, Istituti educativo-assistenziali) al fine di sovvenire alle istanze di sicurezza sociale. La definizione di tale Piano muoverà da precisi elementi informativi relativi alla consistenza delle strutture residenziali operanti, alla loro localizzazione e all'andamento della domanda di ricovero desunti dal sistema informativo regionale.

In particolare il programma regionale prevederà la costituzione di strutture di accoglienza ad alta intensità assistenziale e con riferimento al bacino di utenza provinciale, per l'accoglienza di disabili gravissimi non autosufficienti prevalentemente adulti.

I criteri che informano le scelte regionali sono quelli indicati nel Piano Sociale.

### II.7.4. Interventi sanitari in favore di persone disabili non autosufficienti assistite in strutture diurne e in famiglia

La Giunta Regionale individua ogni anno, la quota di spesa per attività assistenziali di rilievo sanitario attuate in favore di disabili gravi e gravissimi ospiti di strutture di accoglienza diurne (centri educativo occupazionali).

I criteri per la definizione di tali importi vengono adottati dalla Giunta Regionale con apposito provvedimento sulla scorta dei dati forniti dalla Banca Dati del Dipartimento per i Servizi Sociali.

Il P.S.R. mediante i servizi distrettuali e, sperimentalmente, la spedalizzazione domiciliare garantisce, di norma, alle persone disabili assistiti a domicilio gli interventi sanitari necessari. Detti interventi sono coordinati dal Responsabile del Settore maternoinfantile dell'ULSS in collaborazione con il servizio di geriatria nel caso di presenza nel nucleo familiare di soggetti anziani non autosufficienti.

La Giunta Regionale individua le condizioni giuridiche amministrative che consentano alle persone disabili non autosufficienti, assistite a domicilio, di fruire di interventi sanitari in analogia agli interventi operanti per gli ospiti non autosufficienti di strutture residenziali per disabili.

Tali criteri e modalità si rapportano a quanto indicato nel Piano Sociale 1989/1991.

#### II.7.5. Interventi sanitari in regime ambulatoriale e ospedaliero in favore di persone disabili

Il presente P.S.R. affronta - in armonia con le indicazioni contenute nel progetto di P.S.N. - un deciso incremento e qualificazione dell'assistenza fisiatrica e riabilitativa sia a livello ambulatoriale che in ambito dipartimentale ospedaliero.

Ciò al fine non solo di assicurare le conoscenze mediche e tecnologiche che consentano agli handicappati un maggior numero di anni di vita ma anche per costituire il presupposto della vivibilità degli anni aggiunti attraverso interventi riparatori o finalizzati ad impedire situazioni o condizioni di aggravamento funzionale.

Per concretizzare tali obiettivi si prevede il potenziamento dell'intervento ambulatoriale, specie nei confronti dei soggetti "disabili in età adulta" per i quali l'inerzia prolungata provoca forme estese di artrosi e di sclerosi, e la creazione di nuove strutture terapeutiche e riabilitative ad elevata specializzazione, accanto alla conferma dei servizi e delle divisioni ospedaliere esistenti.

In particolare per le patologie afferenti al sistema nervoso centrale e periferico lo specifico programma (cfr. cap. II.11.) viene incentrato sull'attività neurochirurgica di Verona e sull'attività riabilitativa svolta dal presidio di Vicenza, mentre per l'attività di riabilitazione neuromotoria, cardiologica e pneumologica si individuano i Centri Regionali per il completamento del ciclo riabilitativo compresa la fase del reinserimento sociale (attività occupazionali) nei presidi ospedalieri di Malcesine Mezzaselva, Valeggio sul Mincio e Battaglia Terme (cfr. capitoli 1.6. e 1.9).

#### II.7.6. Le risorse finanziarie

Per realizzare il progetto obiettivo: "PREVENIRE GLI HANDICAPS, ASSISTERE E RECUPERARE I DISABILI" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
5.000	5.000	5.000	15.000

Le UU.LL.SS.SS. per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento.

Gli stanziamenti del presente progetto saranno ripartiti con le modalità e procedure previste dalla Legge Regionale n. 51/86.

Ad integrazione del suddetto Progetto Obiettivo la Regione assicura interventi finanziari per l'assistenza sanitaria ai soggetti disabili ricoverati in strutture per gravi e gravissimi pari a:

1989	1990	1991	Totale
10.000	11.000	12.000	33.000

## II.8. PROGETTO OBIETTIVO: PREVENIRE LE TOSSICOMANIE, ASSISTERE E REINSERIRE I TOSSICODIPENDENTI

### II.8.1. Premessa

Le più recenti acquisizioni scientifiche hanno identificato dieci classi di sostanze psicoattive associate con abuso e dipendenza. Esse sono: alcool, anfetamine o simpatomimetici ad azione simile, cannabis indica, cocaina, allucinogeni, inalanti, oppioidi, feuciclidina, sedativi/ipnotici o ansiolitici, analoghi di sintesi. La nicotina è associata a dipendenza, ma non ad abuso.

Il piano dovrà dare direttive ed indicazioni:

- sulle attività di rilevazione epidemiologica e statistica e su programmi di ricerca finalizzata in tema di dipendenza da sostanze stupefacenti, psicotrope e da alcool;
- sull'organizzazione e funzionamento dei presidi e servizi;
- sugli interventi di formazione, qualificazione ed aggiornamento del personale.

La Regione, in relazione alla normativa statale sulla "Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope - prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" emanata con L. 22.12.1975, n. 685, ha istituito con propria Legge n. 49 del 22.10.1982 i Servizi per le tossicodipendenze in tutte le UU.LL.SS.SS. del Veneto.

L'analisi delle competenze assegnate (prevenzione, terapia e riabilitazione) e delle attività svolte sia in ambito pubblico che privato, pone in evidenza la necessità di far fronte ad una realtà che attiva complesse dinamiche sociali e che al tempo stesso genera fenomeni in continua evoluzione.

Pertanto è necessario far fronte ad una situazione che richiede professionalità e specializzazione per una tempestiva azione di prevenzione e terapia in relazione alla manifestazione del comportamento disadattivo.

Pur tenendo conto della necessità che ciascun Servizio ha di articolare gli interventi adeguandoli alle varie realtà locali, è necessario predisporre la istituzione di sistemi di comunicazione tra le strutture al fine di coordinarne l'attività. Elementi necessari per raggiungere tali obiettivi sono tra gli altri: fissare una tipologia dei Servizi, gli standard qualitativi e quantitativi di ciascuno, caratteristiche e competenze delle singole figure professionali.

I programmi futuri dovranno altresì considerare anche la seguente normativa statale e regionale intervenuta nella materia:

- D.P.C.M. 8.8.1985 che emana indirizzi alle Regioni sulle attività sociali di rilievo sanitario;
- L. 663/1986 che consente l'affidamento in prova dei tossicodipendenti al servizio sociale, oppure l'inserimento in Comunità Terapeutiche, in alternativa al carcere per i detenuti che intendono intraprendere un programma terapeutico;
- L.R. n. 46/1985 che disciplina l'attività del volontariato;
- L.R. n. 20/1987 che promuove la costituzione di Cooperative di lavoro per l'inserimento lavorativo;
- L.R. n. 8/1988 che istituisce il Dipartimento per le politiche giovanili;

La specifica L.R. n. 49/1982 verrà aggiornata in relazione alle esperienze compiute dai servizi e alla mutata dinamica del fenomeno.

## II.8.2. Le azioni programmatiche

### 1. Conoscenza e monitoraggio del fenomeno droga.

Qualunque intervento istituzionale mirato a conseguire degli obiettivi di efficacia deve far seguito ad una preliminare conoscenza dell'entità del fenomeno sul quale si intende intervenire.

2. Prevenzione, con particolare riferimento a quella secondaria, su "soggetti esposti al rischio" di uso improprio di sostanze psicoattive.

3. Terapia specifica nelle sue diverse articolazioni.

4. Assistenza e reinserimento sociale nei confronti dei soggetti che presentano un notevole grado di disadattamento verso il lavoro e verso le regole della convivenza.

5. Ricerca da realizzarsi attraverso studi epidemiologici sulle attività svolte dai servizi, sull'efficacia delle diverse terapie e sul livello di qualificazione professionale degli operatori.

### II.8.2.1. Conoscenza e monitoraggio del fenomeno droga

Per acquisire la conoscenza dell'entità, rilevanza e tipologia del fenomeno droga e delle strutture impegnate nel Veneto nel relativo controllo, per impostare una immediata ed efficace operatività d'intervento occorre procedere alla realizzazione di un sistema informativo mediante Banca dati alla quale far affluire i dati raccolti da tutte le strutture coinvolte e ad essa collegate per:

- il monitoraggio costante del fenomeno sequestri, arresti, ricoveri, interventi terapeutici e riabilitativi, incidenti, morti, etc.;
- la verifica di efficienza delle strutture e di efficacia dei programmi di controllo, prevenzione, trattamento e riabilitazione;
- l'impostazione di piani coordinati degli interventi di controllo, prevenzione, trattamento e riabilitazione da proporre all'Autorità Giudiziaria e ad altre Istituzioni.

### II.8.2.2. La prevenzione

Gli interventi fanno parte di un vasto programma focalizzato sull'educazione alla salute della popolazione intesa, non come semplice informazione, ma come stimolo per responsabilizzare il comportamento del singolo e della società, finalizzandolo ad un miglioramento della qualità della vita e ad una positiva integrazione sociale.

Si tratta di un percorso educativo e formativo nel cui ambito troverà spazio anche l'informazione specifica.

I pochi studi epidemiologici fin qui eseguiti, l'esperienza clinica/giudiziaria acquisita e le stime da essi derivate consentono di ipotizzare che, in relazione alla disabilità da droga e da sostanze psicoattive, la popolazione generale possa essere classificata in 4 distinti gruppi: un primo gruppo, più numeroso, che non presenta alcun problema nei confronti della dipendenza da sostanze psicoattive; un secondo gruppo, di numerosità intermedia, che può essere considerato a rischio di dipendenza da sostanze psicoattive; un terzo gruppo, meno numeroso, che incontra i criteri diagnostici di dipendenza da sostanze psicoattive; un quarto gruppo di popolazione a rischio con attuale dipendenza da sostanze psicoattive con problemi giudiziari e medico sociali.

Gli interventi in questo campo dovranno pertanto rivolgersi a quattro diversi sottogruppi di popolazione, ognuno dei quali caratterizzato da una propria specifica tipologia d'azione:

- 1° tipo: popolazione generale, senza particolari problemi con sostanze psicoattive;
- 2° tipo: popolazione a rischio, ma non ancora inquadrabile nella sindrome della dipendenza da sostanze psicoattive;
- 3° tipo: popolazione affetta da dipendenza da sostanze psicoattive;
- 4° tipo: popolazione a rischio e popolazione affetta da dipendenza da sostanze psicoattive con attualità di problemi giudiziari, come soggetto attivo e/o passivo di reato, nonché di pericolosità sociale nei confronti del singolo e della collettività.

**1° tipo** — L'intervento deve essere di tipo informativo-educativo. La popolazione generale deve essere informata e "convinta" sulla indispensabilità del controllo della dipendenza da sostanze psicoattive ed inoltre aiutata a capire l'assoluta importanza che per l'intera collettività rivestono gli interventi di secondo, terzo e quarto tipo.

**2° tipo** — L'intervento di 2° tipo si realizza prevalentemente sulla popolazione adolescenziale affetta da disabilità da uso di sostanze psicoattive.

Dagli studi epidemiologici e di educazione sanitarie è emerso che circa il 20% della popolazione adolescenziale manifesta una accertata sofferenza psichica associata all'uso di sostanze psicoattive.

Come già dimostrato anche da ricerche svolte in sede regionale, tale popolazione è esposta ad elevato rischio di sviluppo di uno stato di tossicodipendenza per cui è necessario indirizzare la strategia di intervento su tale fascia di popolazione.

**3° tipo** — Gli interventi di questo tipo mirano a prevenire le numerose e varie complicanze associate allo stato di dipendenza: malattie infettive di varia natura con particolare riguardo all'infezione da HIV e ad altre lesioni di organo e apparato connesse allo stile di vita.

**4° tipo** — La gravità ed entità dei problemi giudiziari che coinvolgono la popolazione a rischio e affetta da dipendenza da sostanze psicoattive, in qualità di soggetto attivo e/o passivo di reato nonché di pericolosità individuale e sociale, necessitano la realizzazione di peculiari programmi di

prevenzione articolati unitariamente con quelli dei primi tre tipi.

Tra gli interventi preventivi di 1° e 2° tipo si collocano i progetti di informazione e educazione volti a recuperare le risorse esistenti nella famiglia, nella scuola e nella comunità locale.

In particolare per quanto riguarda la famiglia, si tratta di favorire l'acquisizione fra i giovani di un diverso comportamento relazionale mirante a convalidare comportamenti, attitudini e stili di vita conformi ai valori fondamentali della società.

Per quanto riguarda la scuola media si tratta di favorire la circolazione delle idee, l'originale rappresentazione di ipotesi sul futuro e di confronto transgenerazionale.

Per la comunità locale si tratta di favorirne la mobilitazione sui problemi della dipendenza da sostanze psicoattive al fine di accrescere la consapevolezza sulla loro esistenza anche mediante il coinvolgimento di operatori del territorio. In questo quadro una particolare attenzione andrà posta da un lato alle persone che hanno un ruolo prioritario nella società e dall'altro all'azione del volontariato quale prezioso elemento di integrazione tra pubblico e privato.

### II.8.2.3. La terapia

A livello istituzionale l'intervento terapeutico per i dipendenti da sostanze è di competenza dei Servizi per le tossicodipendenze delle UU.LL.SS.SS., che lo effettuano nella loro globalità in forma ambulatoriale, semi-residenziale o residenziale. In particolare essi operano presso Presidi ospedalieri, distretti sanitari, carceri, comunità terapeutiche.

Le associazioni private e di volontariato per trattamenti di cura effettuati presso strutture protette collaborano con le UU.LL.SS.SS. nei termini e con le modalità indicate nella Legge n. 55/1982.

#### *Standard del Servizio*

E' previsto un servizio in ogni Unità Socio Sanitaria Locale.

Laddove si verifica una elevata utenza con problemi di alcol dipendenza sarà consentita l'istituzione di Servizi specifici e/o differenziati operativamente, in relazione anche al numero degli abitanti, previa determinazione di specifici criteri da parte della Giunta Regionale.

Per quanto riguarda l'organizzazione ed il funzionamento dei Servizi si fa riferimento alla normativa regionale in vigore.

A livello ambulatoriale i Servizi erogano:

#### *Consulenza medica e psicologica per:*

- predisposizione di specifici programmi terapeutici da attuare presso il Servizio;
- predisposizione di programmi terapeutici personalizzati da attuare presso Comunità Terapeutiche in stretta collaborazione con gli operatori preposti dai Servizi;
- trattamenti psicologici;
- trattamenti medici e farmacologici;
- accertamento e formulazione del parere sull'idoneità dell'utente al suo inserimento in Comunità Terapeutica.

### *Servizi multizonali di pronta accoglienza*

Come testimoniato da numerose esperienze straniere, l'istituzione di alcuni centri specialistici per il trattamento delle intossicazioni acute, collegati con un'efficiente rete ambulatoriale appare lo strumento più utile ed efficace per il paziente tossicodipendente.

Tali servizi di Medicina delle dipendenze hanno lo scopo di spezzare l'attuale circolo vizioso che vede il continuo affollamento di servizi di Pronto Soccorso e di divisioni ospedaliere senza risposte terapeutiche specifiche e senza continuativa quanto indispensabile presa in carico curativa.

In ogni provincia sarà istituito un Servizio multizonale di pronta accoglienza per le UU.LL.SS.SS., appartenenti alla stessa, dotato di:

- struttura di ricovero con 10-15 posti letto per la disintossicazione degli stati di intossicazione acuta ed eventuali altri interventi d'urgenza (crisi suicidarie, gravi episodi di aggressività ecc.);
- struttura ambulatoriale per il trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive;
- équipe di operatori con compiti di:
  - Terapia delle intossicazioni acute da droga e da altre sostanze psicoattive.
  - Informazione-educazione sanitaria nella provincia di pertinenza, con privilegiato rapporto con Provveditorato agli studi, istituzioni pubbliche (Province, Comuni), Forze armate, Associazioni di volontariato.

### *Servizi di tossicologia forense*

Sono istituiti due Servizi di Tossicologia Forense a Padova e Verona con competenze a livello regionale e dotati di:

- struttura ambulatoriale per gli accertamenti clinici a fine tossicologico-forense;
- laboratorio di tossicologia analitica, per la identificazione ed il dosaggio delle sostanze stupefacenti e psicotrope nei liquidi biologici;
- équipe di operatori con compiti di:
  - Tutela dell'individuo affetto da dipendenza da sostanze psicoattive e della collettività da rischi giudiziari e medico-sociali connessi all'uso e abuso di tali sostanze.
  - Coordinamento degli interventi attuati dai servizi per le tossicodipendenze delle UU.LL.SS.SS. e dei Servizi Multizonali di pronta accoglienza per quanto attiene ai rapporti con l'Autorità Giudiziaria e la prevenzione della pericolosità sociale.
  - Coordinamento e sviluppo dei servizi di laboratorio finalizzati alla diagnosi e al monitoraggio degli stati di dipendenza da sostanze psicoattive.
  - Risoluzione dei quotidiani problemi di rapporto con l'Autorità Giudiziaria, Militare, Sociale e Sanitaria che coinvolgono le Comunità Terapeutiche nella fase di recupero e di reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

### **II.8.2.4. Comunità terapeutiche**

La Comunità terapeutica, in particolare, costituisce il completamento degli interventi per la cura e riabilitazione dei tossicodipendenti.

La funzione sostanziale della stessa consiste in una esperienza di gruppo e quindi di relazione, mirata al recupero della fiducia in sé, della solidarietà sociale, della dignità personale.

Pur nel rispetto delle metodologie di ciascuna Comunità è opportuno sottolineare la necessità della

predisposizione in forma congiunta di un programma terapeutico personalizzato da realizzare a cura della stessa in stretta collaborazione con i Servizi delle UU.LL.SS.SS..

L'attività di inserimento dei tossicodipendenti in Comunità terapeutiche è regolata da apposite convenzioni tra UU.LL.SS.SS. e Comunità Terapeutiche e tra UU.LL.SS.SS. e Ministero di Grazia e Giustizia per l'alternativa al carcere (L. 663/1986).

Il ritmo di crescita che ha avuto in questi anni il modello comunitario si basa, come è noto, su due caratteristiche: la capacità di attrarre e impegnare operatori volontari e la propensione ad abilitare gli extossicodipendenti a diventare a loro volta operatori di comunità.

Pertanto il problema della formazione e dell'aggiornamento del personale si impone come *strategia necessaria per una crescita anche qualitativa* di questo modello di servizio. A questa conclusione del resto sono giunti in questi anni gli stessi promotori delle comunità che tuttavia non sempre riescono ad avere le risorse economiche sufficienti per dotarsi di un adeguato sistema di aggiornamento continuo.

La collaborazione tra comunità e strutture sociosanitarie in questi anni si è comunque estesa e può indicare una linea di tendenza che, superate le antiche diffidenze, consentirà nei prossimi anni di andare verso un modello integrato di intervento in cui confluiscono sia le risorse pubbliche che private.

#### *Attività di reinserimento sociale e lavorativo di ex-tossicodipendenti*

Circa l'inserimento lavorativo vanno favoriti i contatti con le categorie produttive sia mediante incentivi, quali ad esempio l'assunzione della spesa per oneri fiscali, sia attraverso il coinvolgimento degli uffici provinciali del lavoro e delle organizzazioni sindacali.

Le Cooperative di lavoro devono facilitare occasioni di apprendimento di un mestiere finalizzato all'inserimento nel mondo del lavoro dell'ex-tossicodipendente.

#### **II.8.2.5. Coordinamento regionale, qualificazione professionale**

All'interno di singoli programmi sperimentali innanzi indicati sono previsti interventi di aggiornamento del personale operante nei Servizi per le Tossicodipendenze.

A livello regionale viene istituito un *Comitato Tecnico Consultivo*, che si avvale del Sistema informativo regionale, con compiti di:

- coordinamento degli interventi dei Servizi delle Unità Locali Socio Sanitarie e dei Servizi multizonali di pronta accoglienza;
- valutazione e verifica della realizzazione del Progetto obiettivo regionale 1989-91;
- consulenza per la coordinata programmazione di nuovi interventi regionali, provinciali e nell'ambito di ciascuna ULSS.

All'interno dei singoli programmi innanzi indicati sono previsti interventi di aggiornamento del personale operante nei Servizi per le Tossicodipendenze e nelle Comunità.

In particolare:

- Corso di qualificazione per gli psicologi delle tossicodipendenze.  
Già avviato nel 1988 allo scopo di realizzare un approfondimento e confronto delle metodologie di intervento per tutti gli psicologi dei Servizi, delle Comunità e delle carceri del

Veneto, creando uno spazio permanente di incontro tra gli stessi.

- Corso di formazione per operatori del territorio.  
I programmi sulla formazione focalizzano l'attenzione sulle attività di prevenzione delle tossicodipendenze nella comunità locale. Si rende pertanto necessaria una azione coordinata per l'individuazione di operatori di base quali soggetti che cooperino per un intervento territoriale qualificato volto alla prevenzione.  
La formazione di operatori della prevenzione nel campo delle tossicodipendenze, che sappiano agire all'interno del territorio, verrà realizzata all'interno di appositi progetti.
- Corso di qualificazione e aggiornamento per medici, con lo scopo di fornire gli strumenti più aggiornati nel campo del trattamento farmacologico e psichiatrico delle tossicodipendenze per quanto attiene gli aspetti preventivi, il trattamento delle fasi acute e croniche e le numerose complicanze organiche.

#### II.8.2.6. Le risorse finanziarie

Per la realizzazione degli interventi di prevenzione, terapie, inserimento sociale dei tossicodipendenti sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
9.000	10.000	8.000	27.000

Le UU.LL.SS.SS. e gli altri enti di competenza, per accedere ai finanziamenti dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e per spese correnti.

#### II.9. PROGRAMMA: PROVVEDERE ALLE EMERGENZE SANITARIE

La necessità di adeguare i servizi sanitari di soccorso esistenti sul territorio è ormai divenuta improcrastinabile e deve essere strettamente collegata, oltre che alle reali necessità del cittadino, anche alla valutazione delle modificazioni sociali avvenute negli ultimi anni (trasporti individuali di massa, concentrazioni industriali, viabilità ecc.).

Ciò comporta, soprattutto nell'attuazione di una efficiente rete di servizi di emergenza, una nuova visione delle modalità operative ed organizzative che non puntino solo sul Pronto Soccorso come unica risposta alla necessità di soccorso urgente attuato in termini di attesa del paziente critico.

L'esperienza maturata dimostra che, nelle situazioni di emergenza medica i migliori risultati, sia immediati che a distanza, si ottengono medicalizzando il soccorso primario, vale a dire portando, quanto più e rapidamente possibile, l'ospedale al paziente e non viceversa.

I supporti legislativi esistenti, costituiti dalla legge n. 595/85 consentono la predisposizione di una azione programmata che preveda specifici interventi atti a realizzare Servizi di urgenza ed emergenza medica sul territorio regionale.

### II.9.1. La strutturazione della rete sul territorio regionale: Servizio di urgenza ed emergenza medica e Dipartimento di emergenza

Le premesse sono tali da far prevedere che nell'arco di validità triennale della programmazione sia possibile la piena attuazione di un efficace servizio di urgenza ed emergenza medica (SUEM) su tutto il territorio regionale.

Tale previsione è fondata sulla attuazione modulare del servizio in termini di progressività nell'attuazione dei Centri di coordinamento da realizzarsi in via ordinaria secondo le seguenti fasi:

1. attivazione delle centrali operative di coordinamento; ciò consente una verifica concreta dell'organizzazione di coordinamento sia sul piano orizzontale (territorio), che verticale (connessione con le strutture ospedaliere di elezione nell'urgenza - emergenza);
2. strutturazione delle reti organizzative locali (UU.LL.SS.SS.) da omogeneizzare a livello di centrale operativa di coordinamento;
3. attuazione definitiva del servizio sul territorio regionale.

Il Dipartimento d'emergenza è costituito dal collegamento funzionale tra servizi di urgenza ed emergenza medica extra-ospedalieri e la somma delle competenze intra-ospedaliere necessarie e sufficienti ad affrontare il problema diagnostico e terapeutico posto dal malato urgente.

### II.9.2. Gli interventi per l'attivazione del S.U.E.M.

La progressività di attuazione del SUEM è condizione inrenscondibile per la predisposizione degli interventi mirati ed una concreta consecutività delle azioni da compiere in ordine a:

1. *Delimitazione dei bacini di utenza;*
2. *Interventi sul piano strutturale;*
3. *Interventi sul piano operativo e modalità degli stessi per:*
  - a) *l'emergenza medica;*
  - b) *guardia medica domiciliare urgente festiva e notturna;*
  - c) *l'organizzazione del trasporto sanitario;*
4. *Formazione del personale;*
5. *Informazioni al pubblico.*

#### 1. *Delimitazione dei bacini di utenza*

Si tratta di definire in questa sede le aree geografiche e le quantificazioni demografiche in rapporto ai servizi da istituire nella stessa ed alle dotazioni da allocare sul territorio.

Tale definizione comporterà attribuzioni e responsabilità diverse in ordine alla necessità di distribuire anche completamente sul territorio alcuni mezzi di intervento, centralizzando i momenti di coordinamento e decisione del tipo di intervento di elezione nel singolo caso.

Gli ambiti di riferimento più comuni sono:

- l'ULSS per la distribuzione sul territorio dei mezzi di soccorso terrestre e per l'attuazione di momenti di intervento locale strettamente riferibile al momento di coordinamento con le centrali operative;
- ambito territoriale sub-regionale, a livello provinciale, quale momento di coordinamento dell'attività di emergenza sul territorio di riferimento.

La definizione dell'ambito più idoneo è da prevedersi in rapporto alla continuità assistenziale dell'emergenza. Ciò significa piena integrazione dell'emergenza territoriale con il dipartimento di emergenza ospedaliera, che costituisce momento organizzativo indispensabile per l'attuazione di un completo sistema di emergenza sanitaria.

L'ambito territoriale sub-regionale è stato pertanto delineato sulla base di precisi criteri organizzativi che evidenziano il momento assistenziale più qualificato con strutture e branche specialistiche di livello superiore, e che va quindi ben oltre le dotazioni ospedaliere di primo livello costituendo quindi il dipartimento d'emergenza nel senso più specifico del termine.

## *2. Interventi sul piano strutturale*

La legge 595/85, definisce all'art. 2 lettera c) che uno degli obiettivi prioritari del piano Sanitario Nazionale è diretto "al potenziamento ed al coordinamento dei servizi di emergenza con riguardo anche alle esigenze del servizio nazionale di protezione civile".

Tale affermazione di principio è peraltro solamente elemento introduttivo di impegni affidati ai piani sanitari regionali cui è demandata, dall'art. 9 lettera g): "la distribuzione sul territorio e le modalità di coordinamento operativo, anche radio-assistito, dei servizi di pronto intervento e di emergenza collegati funzionalmente ai servizi di guardia medica territoriale ed ospedaliera, ai servizi di pronto soccorso e di trasporto protetto degli infermi, ai servizi di cura intensiva....".

Si tratta di intervenire sul piano strutturale per garantire piena operatività ad un corretto sistema di recepimento-soddisfacimento delle urgenze-emergenze.

Bisogna qui sgomberare il campo da equivoci che possano far pensare agli interventi sul piano strutturale come momenti di ripensamento edilizio, codificando invece precisi momenti organizzativi che identifichino risorse strumentali e umane da riaggregare per funzioni di aree di intervento.

Tale riorganizzazione individua le strutture del servizio di emergenza strettamente connesse con il momento intra ed extra ospedaliero e facenti capo, come modello organizzativo-operativo al più generale dipartimento di emergenza.

Premesso che il dipartimento di emergenza è momento di sintesi di tutte le branche specialistiche tipiche dell'urgenza si ritiene di individuare come strutture del servizio di emergenza medica:

- la centrale radio;
- la rete radio ed i relativi collegamenti interni (strutture ospedaliere) ed esterni (mezzi di servizio e guardia medica);
- mezzi mobili di rianimazione;
- veicoli leggeri veloci;
- eliambulanze.

### *Le centrali operative e di coordinamento.*

E' un momento nodale del servizio costituendosi come il primo impatto con le necessità dell'emergenza e con le strutture da allertare per il suo soddisfacimento.

Le problematiche in materia sono molteplici e attengono ai livelli di interventi delle singole centrali cui deve essere garantita adeguata dotazione strumentale.

Poichè le centrali operative sono identificate presso il presidio ospedaliero di ogni U.L.S.S., dovranno essere previste apposite attrezzature per la ricezione delle chiamate e la loro eventuale comunicazione con altre strutture/mezzi/persone del servizio per la risposta immediata.

Le centrali operative locali hanno peraltro funzioni e limiti ben definiti (1° livello) e trovano un momento di sintesi nella centrale operativa e di coordinamento localizzata a livello provinciale in presidi dotati di strutture polispecialistiche specifiche dell'emergenza.

Tale centrale di coordinamento, oltrechè la fase operativa in senso stretto, vale a dire quella di ricezione chiamate, opera anche in termini di organizzazione e coordinamento delle centrali locali.

Sarà così dotata di strumenti radiotelefonici anche complessi, di strumenti informatici per la ricerca e individuazione del centro più adatto e del posto letto disponibile, consentirà il monitoraggio dell'emergenza fin dalla fase di raggiungimento del luogo dell'evento.

La centrale di coordinamento dovrà raccordarsi con la protezione civile ed i Piani di intervento della Prefettura in ogni provincia.

### *La rete radio*

Assume particolare importanza la dotazione di una completa rete di ricetrasmissioni che consenta l'attivazione di tutti gli interventi atti a garantire l'immediato soddisfacimento dell'urgenza.

E' necessario perciò prevedere un complesso di collegamenti radiotelefonici che, avvalendosi delle già realizzate "rete radio regionale Sanità" e "reti radio Sanità locali", realizzi il continuo contatto tra centrali operative, mezzi di intervento e strutture di ricovero.

### *Mezzi mobili di rianimazione*

Trattasi di mezzo attrezzato per il trattamento medico-rianimativo del paziente critico sul luogo d'intervento e durante il trasporto.

Il fabbisogno è stimato in un mezzo ogni 100.000/150.000 abitanti con un minimo di 1 mezzo ogni U.L.S.S..

### *Veicolo leggero veloce*

Mezzo eventualmente utilizzato per consentire al medico il diretto ed immediato intervento sul luogo dell'evento. Il veicolo è dotato di attrezzatura minima di rianimazione ed il medico può essere assistito da idoneo personale paramedico.

### *Taxiambulanza (auto o idroambulanza)*

Mezzo attrezzato per il solo trasporto sanitario.

### *Eliambulanza*

Elicottero in funzione di mezzo di soccorso veloce la cui validità ed impiego è definibile per vaste

aree sub regionali: Veneto occidentale, Veneto orientale, Veneto centro-meridionale, zona dolomitica.

### *3. Interventi sul piano operativo.*

#### *Emergenza medica*

La realizzazione di un adeguato sistema di emergenza sanitaria presuppone momenti di organizzazione sul piano delle strutture e delle risorse da deputare al servizio, come definizione degli interventi da effettuare e contenuto da dare al momento di coordinamento sub-regionale.

Definito che il servizio di emergenza medica è il momento di collegamento operativo-organizzativo delle specialità di elezione del Dipartimento di emergenza nel trattamento del paziente critico si tratta di individuare il momento operativo che garantisca al massimo l'integrazione multidisciplinare di tutti gli operatori in tale area.

Dall'organizzazione del dipartimento di emergenza devono emergere modelli operativi efficienti per il coordinamento sia del dipartimento come fase organizzativa intramuraria, sia dell'emergenza vera e propria come momento iniziale del soccorso da portare.

Si tratta quindi di configurare con chiarezza la fase di coordinamento del dipartimento di emergenza che si ritiene individuabile tra i dirigenti dei reparti e servizi specialistici confluenti nel Dipartimento stesso da parte della Direzione Sanitaria. Ciò in quanto il processo di emergenza ed il ricovero dei pazienti si svolgono per legge sotto la diretta sorveglianza della Direzione Sanitaria.

L'attività operativa di recepimento delle richieste caratterizzate da urgenza/emergenza è garantita da una centrale operativa che assicura l'intervento del mezzo e dell'operatore più idoneo. Dalla centrale operativa sono impartite le disposizioni più appropriate per il soddisfacimento della richiesta urgente attraverso l'invio del mezzo più adeguato, l'assistenza al mezzo in itinere, il collegamento con la struttura degenziale e la predisposizione di successivo eventuale ricovero.

Per tali operazioni la centrale operativa ed il servizio di emergenza nella sua accezione operativa di proiezione esterna (territoriale) del dipartimento di emergenza, svolgono la loro funzione attraverso l'utilizzo coordinato di personale in dotazione delle singole specialità costituenti il dipartimento, con particolari orientamenti organizzativi che puntino a privilegiare l'intervento, nei confronti dell'acuto, di specialisti in grado di garantire subito la stabilizzazione delle funzioni vitali del paziente critico soccorso.

Si tratta di definire protocolli operativi destinati agli operatori della centrale operativa e di quella di coordinamento, alle équipes (medici e non medici) dei mezzi di soccorso, ed alle modalità di continuo e costante collegamento con il servizio.

#### *Guardia medica domiciliare festiva e notturna*

Il collegamento operativo è funzionale ad una più ampia qualificazione del servizio medico urgente che nella sua collocazione nell'area delle emergenze trova piena operatività e completamento.

#### *Organizzazione del trasporto sanitario*

Il Coordinamento su vasta scala dei servizi di emergenza coinvolge tutto il servizio di semplice trasporto infermi sia per quanto riguarda il soccorso senza necessità di interventi rianimatori, sia per trasporti verso strutture di ricovero.

#### 4. Formazione del personale

L'attuazione del programma sopra indicato richiede una specifica qualificazione del personale medico che deve essere strettamente riferita all'area della medicina d'urgenza/pronto soccorso e della anestesia rianimazione.

Il medico a bordo dei mezzi mobili di rianimazione deve essere specialista in anestesia-rianimazione o comunque in possesso di specifica preparazione ed esperienza in pratiche rianimatorie in situazione di emergenza.

Il personale infermieristico, (infermieri professionali) deve essere sottoposto a specifici percorsi formativi con riferimento alle specialità facenti capo al dipartimento di emergenza e con esperienza negli interventi di emergenza.

#### 5. Informazioni al pubblico

Allo scopo di consentire un efficace e corretto utilizzo del servizio è necessario predisporre adeguata campagna di informazione al pubblico sulle finalità del servizio stesso.

### II.9.3. Indicazioni operative per l'attuazione del S.U.E.M.

Nell'arco di validità della programmazione regionale si dovrà operare secondo le seguenti indicazioni:

- Razionalizzazione delle iniziative di servizi di emergenza in atto e attivazione dei programmi in corso di predisposizione con le opportune riaggregazioni in materia di utilizzo ottimale di personale esistente.
- Indicazione di strutture e funzioni del progetto di emergenza regionale. Si individuano le strutture operative e di coordinamento nelle sub aree regionali facenti capo ai capoluoghi di provincia e le strutture operative di intervento presso i presidi ospedalieri di tutte le ULSS, con le modalità generali singolarmente adattabili alle realtà locali.
- Revisione delle piante organiche mediche dei servizi confluenti nel dipartimento di emergenza e, pur nello specifico, dei servizi di anestesia e rianimazione e di pronto soccorso.
- Superamento delle attuali realtà organizzative dei servizi di guardia medica festiva e notturna, accentrando il coordinamento del servizio all'interno delle strutture dell'emergenza, alla quale va operativamente collegata tutta l'attività medica urgente.
- Coordinamento delle attività sanitarie nosocomiali e territoriali.
- Coordinamento delle attività delle associazioni di volontariato attinenti il trasporto degli infermi.
- Definizione della localizzazione delle eliambulanze la cui acquisizione è determinata dalla Giunta Regionale che provvederà all'indicazione del servizio da utilizzare e le modalità di coordinamento ed utilizzo su tutto il territorio regionale.

### II.9.4. Risorse

Per realizzare il programma "PROVVEDERE ALLE EMERGENZE SANITARIE" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
5.500	5.500	6.000	17.000

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e per spese correnti.

## II.10 POTENZIARE L'ATTIVITA' DI TRAPIANTO DI ORGANO

Il Veneto punta all'autosufficienza, per l'attività di trapianto al fine di assicurare alla popolazione veneta questo fondamentale intervento terapeutico, pur salvaguardando tutte le connessioni interregionali che si impongono per la più corretta distribuzione degli organi e per l'integrazione della ricerca applicata nell'immunologia dei trapianti. Al riguardo pertanto va confermata la convenzione con il Nord Italian Trasplant finalizzata allo scopo.

Appare di fondamentale importanza per le finalità sopra richiamate realizzare nella regione un serio programma di sviluppo delle donazioni di organi che consenta una sicura attività di prelievo e conseguentemente un'efficace attività di trapianto.

I dati a questo proposito sono molto eloquenti:

Attività di prelievo e trapianto al 31/12/87 nell'area del NITp.

Attività	P E R I O D I						Totale
	I 72-77	II 78-82	III 83-84	III 1985	IV 1986	IV 1987	
N. donatori:							
- segnalati	361	485	368	178	197	186	1.775
- utilizzati	216	309	283	131	128	132	1.199
- multiorgano	=	=	3	19	72	97	191
N. organi procurati:							
- reni	422	567	531	247	223	237	2.227
- cuore	=	=	=	14	66	91	171
- fegato	=	=	6	5	18	44	73
- pancreas	=	=	=	7	23	15	45
N. trapianti eseguiti:							
- rene	408	592	573	290	246	248	2.357
- cuore	=	=	=	15	71	120	206
- fegato	=	=	3	5	13	56	77
- pancreas *	=	=	=	3	8	14	**25

\* esclusi i trapianti di isole — \*\* 21 sono combinati rene-pancreas.

Per il conseguimento dell'obiettivo dello sviluppo delle donazioni vanno realizzati i seguenti interventi:

- adeguati programmi di informazione svolti in favore della popolazione con il coinvolgimento delle associazioni di volontariato (AIDO, ANED ed altre) utilizzando supporti informativi capillari (stampa, TV, radio);
- specifici programmi di informazione-aggiornamento in favore di operatori sanitari in genere (medici e non medici) sui sistemi e sulle procedure per l'accertamento della morte cerebrale.

Il programma di sviluppo delle donazioni è strettamente connesso all'attività di prelievo di organi per cui si ritiene di importanza fondamentale sviluppare i seguenti interventi:

- adeguati programmi di formazione e aggiornamento delle équipes di operatori che realizzano i prelievi e i trapianti;
- congrui programmi di investimento in attrezzature e supporti tecnici per una sempre migliore e sicura attività di prelievo e trapianto in relazione allo sviluppo tecnologico e alle acquisizioni scientifiche;
- istituzione nell'ambito della Regione di una rete policentrica incentrata sulle sedi di Padova, Treviso, Verona e Vicenza che consenta, con il coinvolgimento degli altri centri di rianimazione del Veneto di utilizzare la potenzialità di donazioni che sino ad ora non si sono potute realizzare. A tal fine gli ospedali sedi di servizio di rianimazione dovranno per accedere alla rete, ottenere l'autorizzazione al prelievo di organi dal Ministero della Sanità, previo parere della Giunta Regionale.

Ogni ospedale sede di servizio di rianimazione dovrà successivamente stipulare un'apposita convenzione con il centro di riferimento provinciale, con la quale saranno definiti: le procedure di segnalazione dei casi, i protocolli di attività di prelievo, gli operatori che compongono il collegio medico per l'accertamento della morte cerebrale e la dotazione di mezzi di trasporto attrezzati in caso di necessità.

Le sedi di Padova, Treviso, Verona, Vicenza, sono individuate come centri di riferimento a livello provinciale per la realizzazione dei suddetti protocolli di intervento, di costante attività di consulenza e per lo svolgimento di tutte le operazioni connesse all'attività di prelievo.

- potenziamento degli organici del personale per consentire le attività atte a garantire lo sviluppo e l'interconnessione della rete.

#### *Trapianti di rene*

Il recente avvio dell'attività di trapianti di rene pediatrico e adulto di Padova e l'avvio del centro di Vicenza unitamente allo sviluppo dell'attività dei centri di Verona e Treviso dimostrano il perseguimento quasi totale degli obiettivi previsti dal precedente Piano. Si tratta di proseguire nell'attività al fine di garantire ottimali standards di prestazioni in termini quali-quantitativi per i centri previsti.

#### *Trapianti di cuore*

L'attività di trapianto di cuore presso il Centro di Padova, si è attestato su standards europei molto validi in termini di quantità e qualità degli interventi.

#### *Trapianti di fegato e pancreas*

Entro il 1989 le attività di trapianto di fegato e pancreas dovranno essere realizzate nell'ambito della Regione in un'unica sede, previa autorizzazione del Ministero della Sanità. A tal fine la Giunta Regionale, esaminati i programmi presentati dalle UU.LL.SS.SS., finanzia quelli che offriranno le migliori garanzie di operatività sul piano organizzativo, di affidabilità e continuità degli interventi volti all'adulto e al bambino.

*Trapianti di cornea*

Con l'istituzione a livello regionale della "banca degli occhi" presso l'ULSS n. 36 di Mestre si è completato nella materia il programma previsto dal piano socio sanitario 1984-1986.

Nel confermare i centri già autorizzati si prevede la possibilità di istituirne altri previa autorizzazione del Ministero della Sanità; su parere della Giunta Regionale.

*Trapianti di midollo*

Pur essendo annoverati nell'ambito dei trapianti questo tipo di interventi non ha le caratteristiche degli stessi. Purtuttavia si prevede il sostegno ed il potenziamento dell'attività nei due centri di Padova e Verona.

Per quanto riguarda i trapianti di tessuto, con prelievo da cadavere, essendo compatibili con il prelievo in sede autoptica e non soggiacendo quindi a particolari autorizzazioni di legge, vengono autorizzati dalla Regione, limitatamente alle esigenze verificate e alla verificata qualificazione dei centri che ne fanno richiesta.

In ogni caso sono programmati prelievi di cute ed annessi, tessuto vasale, tessuto valvolare cardiaco, tessuto osseo, presso gli Ospedali sede di Centro per trapianti d'organo.

Allo scopo di coordinare e razionalizzare l'attività dei trapianti nella Regione viene istituito, con provvedimento deliberativo il Comitato regionale Trapianti costituito da esperti in grado di fornire indirizzi programmatori alla Giunta Regionale.

I compiti del comitato regionale trapianti sono i seguenti:

- proporre le modalità atte a incrementare l'attività di prelievo e trapianto nel territorio regionale;
- compilare e aggiornare un registro regionale dei pazienti in lista di attesa e di quelli trapiantati, tenendo i collegamenti con il Nord Italian Trasplant (N.I.T);
- formulare i protocolli organizzativi, terapeutici e valutare in forma clinico-statistica i risultati;
- proporre alla Giunta Regionale gli aggiornamenti periodici del personale medico ed infermieristico;
- assicurare la consultazione periodica delle associazioni di volontariato interessate.

**II.10.1. Risorse**

Per realizzare il programma "POTENZIARE L'ATTIVITA' DEI TRAPIANTI D'ORGANO" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
3.000	3.000	3.000	9.000

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e per spese correnti.

## II.11. PROGRAMMA: SVILUPPO DELLA RIABILITAZIONE PER PREVENIRE E TRATTARE I DANNI DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

### *Premessa*

L'intervento riabilitativo della patologia derivata da lesioni del sistema nervoso centrale e periferico, rappresenta per il riabilitatore un ambito di azione di particolare rilevanza, sia per la frequenza numerica dei pazienti e per la loro appartenenza a classi di età sempre più giovani, sia per i frequenti esiti invalidanti della patologia, che impongono rapporti con operatori sociali, sia per la necessità di interazioni culturali ed operative con altri operatori clinici, caratterizzati da diverse competenze specifiche.

E' da notare che la complessità dell'intervento appare notevolmente accresciuta dal fatto che la continua evoluzione delle neuroscienze ed il proporsi di patologie nuove associate al progresso tecnologico, che può mettere a disposizione a livello operativo strumenti sempre più perfezionati per la valutazione e per il trattamento, impongono un costante rinnovamento del sapere, affinché sia permesso un approccio al paziente caratterizzato in ogni momento dalla massima efficacia ed efficienza.

Si devono quindi tenere in considerazione, oltre agli aspetti organizzativi, anche i fattori di studio, ricerca e aggiornamento, che in questo contesto particolare appaiono strettamente interdipendenti.

I primi devono essere volti alla soluzione di problemi settoriali imposti dalla differenziazione delle tipologie del paziente, i secondi diretti ad affrontare le problematiche derivanti dalla necessità di potenziare la neuroriabilitazione, realizzando così una migliore efficienza dei servizi e una efficace interdisciplinarietà degli interventi.

### *1. Identificazione dei bisogni*

Da un punto di vista operativo può essere identificata come primaria la necessità di un lavoro interdisciplinare, con diversa caratterizzazione in rapporto alle fasi evolutive della patologia, che permetta:

- il trattamento corretto dei pazienti nella fase acuta;
- il trattamento del paziente in una sede idonea, caratterizzato da indirizzi univoci, per tutto l'iter riabilitativo, possibilmente all'interno dell'ULSS di appartenenza, ove non si tratti di patologia "speciale"; l'inserimento ed il reinserimento del paziente al massimo delle capacità funzionali nel proprio ambiente.

Affinchè il processo riabilitativo si realizzi in maniera compiuta secondo lo spirito della scienza riabilitativa, è indispensabile a questo proposito l'integrazione tra strutture sanitarie e servizi di assistenza sociale, tenendo presente il ruolo dell'équipe riabilitativa nella valutazione dei bisogni e nella proposizione degli interventi necessari, lasciando ai servizi sociali il compito e la responsabilità di realizzarli.

Possono essere individuate alcune tipologie di pazienti che richiedono interventi diversi per sede, intensità ed impegno di mezzi in relazione ai seguenti punti a), b), c):

- a) patologie di tipo "speciale", (afezioni midollari, pazienti post comatosi) per le quali è da prevedere un lungo periodo di ospedalizzazione, un'assistenza sanitaria intensa oltrechè riabilitativa, un intervento di reinserimento di notevole impegno;
- b) patologia dell'età evolutiva (prevalentemente cerebropatie infantili) per le quali è da escludere il ricovero ospedaliero ed il cui trattamento riabilitativo, se pur intenso e prolungato deve avere luogo il più possibile in ambito territoriale; per il trattamento di queste patologie è indispensabile il collegamento tra operatori ospedalieri, pediatri, neuropsichiatri infantili e operatori presenti nei punti di incontro sociale tipici di questa età;

- c) patologie "ordinarie", per le quali è indicato il trattamento presso le sedi attualmente funzionanti (divisioni, sezioni, etc.) che pur necessitando di trattamenti accurati e per un periodo spesso assai lungo, dopo una fase iniziale possono giovare di strutture territoriali, oppure di strutture ospedaliere più agili, privi di aspetti alberghieri, quali Day Hospital adeguatamente strutturati.

## 2. Interventi organizzativo-strutturali

Per quanto riguarda le soluzioni organizzative si prevede:

- a) nei confronti delle patologie speciali, l'istituzione di centri regionali per medullose e comatosi, programmati in funzione del futuro inserimento del paziente e posti in collegamento con l'unità spinale integrale, il cui polo d'emergenza è rappresentato dalla Neurochirurgia di Verona, mentre il trattamento riabilitativo post-acuto viene svolto dal Presidio di Vicenza.
- Per questi pazienti, infatti, oltre alle ordinarie competenze è richiesto l'apporto di numerose discipline e la realizzazione di interventi che richiedono tuttora una precisa definizione ed un perfezionamento delle metodologie, delle tecnologie di valutazione e trattamento, con particolare riguardo per le funzioni cognitive e comunicative e per gli aspetti comportamentali.
- b) nei confronti della patologia dell'età evolutiva, risulta opportuna l'organizzazione di servizi territoriali, a livello dei quali venga definito con continuità il rapporto tra neuropsichiatra, pediatra e fisiatra (consulente);
- c) nei confronti della patologia ordinaria si persegue il potenziamento delle strutture riabilitative esistenti, al fine del trattamento del paziente fino dalla fase acuta, utilizzando anche strutture appositamente create per completare il ciclo riabilitativo fino alla fase del reinserimento sociale.

Per quanto riguarda gli aspetti di aggiornamento e della ricerca, è da tener presente che finora le carenze organizzative e dei mezzi disponibili non hanno facilitato lo sviluppo del progresso scientifico e l'applicazione di nuove tecnologie per la soluzione dei problemi riabilitativi nell'ambito della patologia neurologica.

Dovranno essere assunte iniziative che permettano la collaborazione tra neurologo, neuropsichiatra infantile, neurochirurgo e fisiatra, oltreché nell'attività clinica anche nell'attività di ricerca.

Sotto il profilo dell'aggiornamento si definiscono i seguenti obiettivi:

- miglioramento della preparazione del personale medico e paramedico in una visione riabilitativa globale favorendo le acquisizioni delle conoscenze e metodologie più evolute ed efficaci;
- effettuazione di corsi di aggiornamento obbligatori volti alla conoscenza di nuove patologie, di metodologie di trattamento recentemente acquisite (trattamento dei disturbi a carico delle funzioni corticali superiori, deficit cognitivi, disturbi della comunicazione);
- effettuazione di corsi di integrazione per fisiatra per la utilizzazione di mezzi diagnostici e terapeutici ad elevato contenuto tecnologico (acquisizioni bio-ingegneristiche ed informatiche).

Per quanto riguarda le attività di ricerca appositi interventi finanziari saranno indirizzati alla promozione della collaborazione tra fisiatra e neurologo mirata ai seguenti ambiti:

- valutazione del deficit in funzione riabilitativa;
- modificazione della patologia in conseguenza del trattamento riabilitativo;
- prognosi riabilitativa definita sulla base dei dati neurologici e funzionali;
- applicazione di tecnologie bio-ingegneristiche per la valutazione e il trattamento del malato;

- indagini epidemiologiche di sorveglianza sulla significatività del trattamento riabilitativo.

### II.11.1. Risorse

Per realizzare il programma "SVILUPPO DELLA RIABILITAZIONE" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
11.000	11.000	6.000	28.000

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e per spese correnti, in connessione con il progetto obiettivo disabili.

### II.12. PROGRAMMA: DEFINITIVO COMPLETAMENTO DEL PIANO SANGUE

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

Il Piano tiene conto delle realtà esistenti nella Regione e cioè:

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

#### *Finalità e modalità di realizzazione del Piano*

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

#### *Utilizzazione razionale del sangue offerto*

L'organizzazione e la programmazione della raccolta del sangue deve soddisfare tutte le necessità della regione del sangue intero, di emocomponenti (concentrati eritrocitari, concentrati piastrinici, plasma normale ed emostatico di pronto uso, plasma normale ed emostatico da inviare alla ditta prescelta per la derivazione, crioprecipitato grezzo ricco di fattore VIII, etc.).

Al fine di raggiungere questi obiettivi è necessario:

- organizzare la raccolta del sangue intero e del plasma in modo da garantire l'utilizzazione completa delle disponibilità nella regione;

- utilizzazione esclusiva di contenitori che consentano la preparazione di emocomponenti in sistema chiuso (sacchi di plastica multiple);
- attuare le aferesi in relazione alle necessità terapeutiche emergenti secondo le indicazioni contenute nella scheda A allegata al presente piano sangue;
- in alternativa ad una eventuale realizzazione di una struttura pubblica o a partecipazione pubblica regionale o interregionale per la produzione di plasmaderivati, la Giunta Regionale sceglie una industria italiana già esistente e operante nel settore della produzione di frazioni plasmatiche per la lavorazione del plasma prodotto nei singoli servizi di immunoematologia e trasfusione (SIT) e loro sezioni (ST).

#### *Strutturazione tecnico organizzativa dei Servizi Trasfusionali*

I Servizi Trasfusionali, per i compiti e l'ubicazione sono quelli enunciati nella legislazione statale e regionale vigenti nonché nel Piano Sanitario Regionale e nel presente Piano Socio Sanitario Regionale.

I SIT devono essere strutturati per organico, locali e attrezzature secondo quanto indicato nella scheda B allegata al presente piano sangue, tenendo presenti le prestazioni trasfusionali, la produzione di emocomponenti, la raccolta delle eccedenze, secondo le direttive e gli indirizzi del Piano Socio Sanitario Regionale e del piano sangue nazionale, i costi gestionali, la ricerca scientifica.

Essi devono integrarsi con le altre strutture laboratoristiche ematologiche, oncologiche, internistiche, chirurgiche allo scopo di garantire una completa ed efficiente assistenza a tutti gli emopatici, ai pazienti affetti da neoplasie, sia in costanza di ricovero, sia in regime ambulatoriale, preferibilmente con la formula dell'ospedale diurno. Detta integrazione deve altresì portare al miglior utilizzo possibile del sangue intero e dei suoi derivati.

Secondo un criterio di razionale utilizzazione delle competenze personali e delle attrezzature, i SIT potranno provvedere alla tipizzazione e alla compatibilità tissutale, in particolare leucopiastrinica.

Inoltre, per gli stessi motivi tenendo conto delle strutture laboratoristiche e dei SIT esistenti e programmati dal Piano Socio Sanitario Regionale, a determinati SIT potranno anche essere affidati compiti specialistici di diagnostica laboratoristica ematologica, di patologia dell'emostasi, di immunopatologia e di immunoematologia forense.

Le sezioni trasfusionali vanno previste sulla base di reali esigenze dei presidi ospedalieri e di criteri di economicità. Esse dovranno provvedere anche alla raccolta del sangue destinato alla produzione di emoderivati, secondo direttive del Piano Socio Sanitario Regionale.

I centri di raccolta devono avere i requisiti stabiliti dalle leggi.

Le emoteche sono istituite esclusivamente per la conservazione del sangue già assegnato o da assegnarsi in condizioni di emergenza.

L'aggiornamento permanente del personale sanitario del servizio trasfusionale, per la migliore utilizzazione terapeutica degli emocomponenti e delle frazioni plasmatiche va completamente incoraggiato allo scopo di limitare l'uso di sangue intero alle sue esclusive indicazioni.

*Collegamento fra i vari Servizi Trasfusionali e tra questi i centri di produzione degli emoderivati*  
Dovranno essere garantiti efficienti servizi di collegamento per il trasferimento delle unità di sangue

raccolte e dei preparati in allestimento o già allestiti tali da assicurare la corretta conservazione e da non comprometterne la validità terapeutica, ai fini anche della produzione degli emoderivati.

#### *Incremento del numero dei donatori di sangue*

La Regione promuove sistematicamente campagne di educazione al solidarismo sociale, nell'ambito dell'educazione sanitaria, al fine di incentivare la donazione di sangue, avvalendosi delle associazioni di donatori e con la collaborazione delle Unità Locali Socio Sanitarie secondo modalità e programmi preventivamente concordati.

Pertanto, dovrà essere istituito, laddove già non esiste, un rapporto collaborativo fra Regione, Unità Locali Socio Sanitarie e loro SIT e le associazioni di donatori per la promozione, l'incremento e l'organizzazione della raccolta del sangue e per la tutela della salute dei donatori, quest'ultima intesa come l'insieme delle misure che dovranno essere messe in atto dai servizi trasfusionali:

- per attuare a favore del donatore una completa medicina preventiva;
- per proteggere il donatore da eventuali danni che possono derivargli in conseguenza della donazione;
- per garantire l'eccellente qualità del sangue donato.

A questo fine i servizi trasfusionali possono avvalersi, quando necessario, anche di altre strutture delle Unità Locali Socio Sanitarie.

Le associazioni di donatori hanno il compito di organizzare la chiamata degli associati, fatti salvi i casi di urgenza per i quali le associazioni non sono in grado di soddisfare tempestivamente alle esigenze. In questi casi provvederà direttamente il SIT.

#### *Attività didattico scientifica nel campo della immunoematologia e della metodologia trasfusionale*

Ai sensi dell'articolo 7 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, e degli artt. 63 e seguenti della legge 20 dicembre 1969, n. 761, il primario del SIT cura la preparazione e il perfezionamento tecnico professionale del personale da lui dipendente. In questo egli deve essere agevolato dalle Unità Locali Socio Sanitarie, che devono fornire materiale didattico e, in genere, i mezzi per la realizzazione dell'obiettivo.

Spetta poi alla Regione programmare corsi di aggiornamento per medici, tecnici, personale di assistenza ed amministrativo del servizio trasfusionale. Al termine del corso sarà rilasciato un attestato di frequenza valido agli effetti di cui all'articolo 46 del D.P.R. 20 dicembre 1969, n. 761, e successivi provvedimenti legislativi.

Le Unità Locali Socio Sanitarie devono assegnare ai SIT e alle sezioni trasfusionali personale professionalmente preparato che, in attesa della nuova legislazione statale sulle figure professionali in campo infermieristico, tecnico e riabilitativo deve essere in possesso del diploma di tecnico di centro trasfusionale o di tecnico di laboratorio o di infermiere professionale.

Dovranno essere precisate le mansioni del personale con i requisiti sopra citati tenendo conto delle necessità di attuare, per esigenze funzionali, o una reperibilità tecnica associata ad una reperibilità medica o una guardia tecnica associata ad una reperibilità medica.

#### *Controllo statistico ed economico dell'attività trasfusionale*

Particolare attenzione, ai fini della corretta programmazione, dovrà essere data al controllo statistico e al costo economico dei servizi trasfusionali.

Allo scopo, la Giunta Regionale, sentita la commissione consultiva regionale per i problemi trasfusionali, predispone un modulo di rilevazione dati da compilare annualmente con la diretta responsabilità del primario del servizio trasfusionale e del responsabile del settore economico finanziario per quanto di competenza (secondo le indicazioni della scheda C allegata al presente piano sangue).

I dati dovranno pervenire al centro elaborazione dati dalla Regione e in seguito forniti alle singole associazioni, ai singoli servizi trasfusionali per le opportune valutazioni.

#### *Indirizzi operativi raccolta;*

- controllo e conservazione;
- assegnazione e distribuzione;
- centro regionale di coordinamento.

#### *Raccolta*

La raccolta viene programmata, tenuto conto anche degli indirizzi regionali, tra il servizio trasfusionale dell'Unità Locale Socio Sanitaria e le associazioni dei donatori, che concordano le modalità e i criteri con cui deve essere effettuata la raccolta stessa nel territorio di competenza, tenuto conto di quanto espresso al paragrafo riguardante l'utilizzazione del sangue offerto.

Di norma la raccolta del sangue viene effettuata dal servizio trasfusionale delle Unità Locali Socio Sanitarie nell'ambito delle idonee strutture sanitarie previste.

La raccolta del sangue può anche essere effettuata direttamente dalle Associazioni dei donatori con proprio Personale, in apposite sedi nonché in idonei punti di raccolta fissi o mobili, quando sia necessario per ragioni di distanza o di orografia del territorio.

I rapporti tra le UU.LL.SS.SS. e le Associazioni sono regolati da una convenzione appositamente stipulata sulla base di uno schema tipo regionale.

Detto schema dovrà prevedere in sede di Unità Locali Socio Sanitarie l'istituzione di una commissione tecnico-consultiva in materia trasfusionale, indicandone composizione e compiti; della stessa devono comunque far parte rappresentanti delle associazioni donatori di sangue e i responsabili dei SIT interessati.

Tutto il materiale e le attrezzature correnti per la raccolta sono forniti dal servizio trasfusionale competente.

Ogni stabilimento ospedaliero sarà dotato di un punto di raccolta fisso quando non sia sede di struttura trasfusionale di più alta potenzialità, collegato con il SIT da cui dipende.

#### *Controllo e conservazione*

I servizi trasfusionali eseguono i controlli di legge sulle unità trasfusionali raccolte nelle diverse sedi, accertandone l'idoneità all'impiego e possono affidare ai laboratori di analisi chimico cliniche e microbiologiche dei presidi ospedalieri i controlli analitici delle unità trasfusionali raccolte con esclusione di quelli immunoematologici.

I centri di raccolta, non svolgendo alcuna attività distributiva non dispongono di alcuna giacenza.

Le emoteche debbono disporre di sangue intero "0" non pericoloso, Rh negativo, da usarsi esclusivamente in condizioni di emergenza e di sangue assegnato.

I settori di diagnosi e cura che si giovano di attività trasfusionale devono ritirare dal servizio trasfusionale soltanto le unità da trasfondere immediatamente.

#### *Distribuzione e assegnazione*

Sono sedi di normale utilizzo del sangue degli emocomponenti e delle frazioni plasmatiche, i presidi ospedalieri della Regione.

Il SIT, limitatamente al territorio di competenza, dirige la distribuzione e la assegnazione del sangue, degli emocomponenti e delle frazioni plasmatiche, coordinando l'attività ed emanando le relative disposizioni tecniche. Il SIT ha anche il compito di promuovere il migliore utilizzo terapeutico del sangue e dei suoi derivati.

I servizi trasfusionali e di immunoematologia provvedono alla separazione del sangue raccolto producendo emocomponenti (concentrati di emazie, concentrati di piastrine, concentrati di leucociti, plasma, crioprecipitato, etc.) secondo quanto previsto dalla programmazione e dagli indirizzi contenuti nella scheda B allegata al presente piano sangue.

#### *Centro regionale di coordinamento*

Oltre a quanto previsto dall'articolo 10 della Legge Regionale 2 dicembre 1977, n. 67, allo stesso potranno essere affidati i seguenti compiti:

- valutazione delle scorte e del potenziale della Regione per garantire la necessità di sangue dei presidi ospedalieri della Regione stessa anche in situazione di emergenza;
- riequilibrio delle disponibilità di sangue e di emocomponenti tra i servizi trasfusionali della Regione;
- organizzazione della raccolta da parte dei servizi trasfusionali del plasma da inviare al frazionamento e della redistribuzione delle frazioni plasmatiche ottenute;
- organizzazione della cessione ad altre regioni di sangue, emocomponenti e frazioni plasmatiche eccedenti la necessità della Regione;
- istituzione e gestione di un sistema di rilevazione regionale dei donatori di gruppo sanguigno raro;
- raccolta ed elaborazione statistica dei dati inerenti l'attività trasfusionale regionale al fine di una corretta informazione sul rapporto costo-beneficio del servizio trasfusionale e di una sua migliore utilizzazione.

Allo scopo di raggiungere una migliore funzionalità e per un necessario coinvolgimento delle parti interessate verrà costituita una commissione composta da rappresentanti della Regione, delle Unità Locali Socio Sanitarie, dei primari di SIT e delle associazioni dei donatori di sangue.

Compete alla Giunta Regionale l'organizzazione dell'integrazione di servizi trasfusionali con riferimento ad ambiti territoriali più ampi di quelli serviti.

#### *SCHEDA A - Emocitoafèresi nel SIT*

Nei SIT che eseguono almeno 200-300 emocitoafèresi annue dovrà essere previsto un servizio aggregato di emocitoafèresi.

Il numero suddetto comprende sia le emocitoafèresi eseguite su donatore per ottenere emocomponenti utili terapeuticamente (concentrati granulocitari, piastrinici, etc.) sia quelle eseguite su pazienti (emafèresi terapeutiche, comprendenti anche plasma-exchange).

Il servizio di emocitoafèresi, previsto come struttura inserita in alcuni SIT, sarà dotato di personale opportunamente addestrato (due o più infermieri professionali sotto la responsabilità di un medico) con compiti sia di produrre emocomponenti da unico donatore, sia anche di eseguire emocitoafèresi terapeutiche per le specifiche indicazioni.

Nei SIT che eseguono meno di 200 emocitoafèresi annue si provvederà ad attuare quanto sopra nel SIT medesimo senza l'aggregazione di un servizio di emocitoafèresi all'uopo istituito.

Per quanto riguarda la emocitoafèresi su donatore, esse devono essere richieste al donatore volontario solo quando non siano reperibili donatori tra i familiari del paziente e vi sia una precisa indicazione.

Il donatore deve essere scrupolosamente informato della tecnica e delle sue applicazioni.

Particolare cautela dovrà essere posta in atto nel caso delle leucafèresi.

La Giunta Regionale emanerà norme sulla attuazione di questa tecnica.

#### *SCHEDA B - Potenziamento della preparazione e distribuzione di emocomponenti da parte del SIT*

I principali emocomponenti ottenibili nei SIT con mezzi fisici semplici sono:

- i concentrati eritrocitari poveri o privi di leucociti, gli eritrociti lavati, gli eritrociti congelati, il concentrato piastrinico, il concentrato leucocitario, il plasma fresco di pronto impiego da unico donatore, il plasma non fresco di pronto impiego da unico donatore, il plasma fresco e non fresco da inviare alla ditta convenzionata per la plasma derivazione, il crioprecipitato grezzo ricco di fattore VIII da unico donatore.

I suddetti emocomponenti devono essere prodotti nei servizi trasfusionali e di immunoematologia (SIT) in quantità sufficiente, tale da garantire non solo il fabbisogno locale ma anche il soddisfacimento delle esigenze relative alla programmazione regionale in materia di plasma derivati.

La produzione di emocomponenti a livello di SIT comporta:

- locali adeguati al numero e al tipo di emocomponenti;
- personale adeguato e con specifica competenza;
- attrezzature sufficienti ed efficienti;
- adeguati controlli di sterilità e di qualità;
- necessità della loro produzione routinaria.

E' necessario sottolineare che tra i diversi emocomponenti esiste una grande disparità, sia per quanto concerne la frequenza delle indicazioni terapeutiche; sia per quanto concerne le attrezzature necessarie per produrli. Alcuni di essi dovrebbero essere usati in un gran numero di condizioni patologiche e non richiedono un gran impegno strumentale. Altri, pur rispondendo alle indicazioni più specialistiche e limitate nel numero e pur richiedendo attrezzature più costose debbono essere prodotte da tutti i SIT. Nel caso in cui vi sarà un minore consumo il SIT competente per quella zona sarà dotato di un minor numero di attrezzature necessarie.

Per il motivo suddetto sembra opportuno programmare la produzione degli emocomponenti nel modo seguente:

In tutti i SIT preparazione di:

- plasma fresco preparato per centrifugazione da sacca multipla;
- plasma non fresco preparato per centrifugazione da sacca multipla;
- plasma fresco preparato con la tecnica della plasmaferesi (per centrifugazione, per filtrazione, per centrifugazione e filtrazione associate);
- emazie concentrate;
- emazie povere di leuciti, ottenute per centrifugazione o per filtrazione;
- emazie prive di leuciti;
- emazie lavate (con procedimento automatico o manuale);
- concentrati piastrinici da donatori random;
- concentrati piastrinici da unico donatore;
- crioprecipitato grezzo ricco di fattore VIII.

#### *Personale richiesto*

Dalle esperienze maturate ed anche sulla base di parametri accettati sul piano internazionale, si può calcolare che per ciascun blocco di 10.000 donazioni annue sono necessari 500 mq. di superficie utile e un adeguamento del numero di unità di personale addetto a tempo pieno (l'avvento dell'emocitoferesi e della plasmaferesi produttiva hanno di conseguenza richiesto maggior impegno numerico e qualitativo di personale addetto) sulla base delle previsioni del D.M. 13 settembre 1989.

Naturalmente nel computo del personale e dello spazio va tenuto conto anche di altre eventuali aggiunte attività come per esempio: le attività laboratoristiche (oggi di molto aumentate anche in conseguenza di nuove o più frequenti malattie virali), il trattamento ambulatoriale o in day hospital di molta patologia soprattutto ematologica, oncologica, etc..

#### *Attrezzatura minima richiesta Sala prelievi:*

- poltrone o lettini in numero adeguato rispetto alla media giornaliera dei prelievi;
- agitatori basculanti con pesatura automatica (un agitatore per ogni poltrona o lettino);
- uno o più apparecchi per plasmaferesi produttiva a seconda della potenzialità di raccolta.

Sala per trattamento terapeutico (supporto terapeutico trasfusionale) a favore di pazienti ospedalizzati o ambulatoriali attrezzata con:

- lettini idonei con piano orientabile (almeno due);
- separatore per aferesi (a flusso continuo o discontinuo);
- dotazione per ossigeno terapia.

#### *Sala di produzione emoderivati:*

- centrifuga refrigerata (in numero adeguato alla quantità di prelievi giornalieri);
- banco di lavoro con spremitori (questi ultimi in numero adeguato);
- attrezzatura automatica o manuale per preparare concentrati di globuli rossi poveri di leucociti e piastrine;
- congelatore a  $-80^{\circ}\text{C}$  (con bagno d'alcool) per crioprecipitazione ricca di fattore VIII e V.W.;
- congelatore a  $-30-40^{\circ}\text{C}$  per conservazione plasma e crioprecipitati;
- agitatore termostattizzato a  $+21^{\circ}\text{C}$  per conservazione plasma ricco di piastrine;
- scongelatore a  $+4^{\circ}\text{C}$  in bagnomaria di notevole capacità con la possibilità di contenere

- almeno dieci sacchi di plasma congelato, senza subire grossi sbalzi di temperatura;
- bilancia per pesatura, all'origine del plasma da inviare all'industria per la derivazione.

Oltre alla attrezzatura sopra menzionata sarà indispensabile quella necessaria per il lavoro di tipo immunematologico, ematologico compreso lo studio dell'emostasi, l'attrezzatura per la ricerca di anticorpi virali e per il controllo di qualità nei SIT medesimi. Si renderà indispensabile anche l'attrezzatura relativa per i controlli biologici.

Le attrezzature debbono essere proporzionate alla quantità di lavoro da svolgere.

Il ritiro di trasporto del materiale dei singoli SIT dovrà essere attuato con automezzi opportunamente attrezzati di frigoriferi secondo un calendario programmato.

*SCHEDA C - Attivazione di una sistematica indagine statistica annuale sul funzionamento e la produttività dei servizi trasfusionali nell'ambito delle previsioni nazionali e regionali in materia*

La rilevazione deve in ogni caso comprendere, in conformità a modelli tipo che saranno predisposti dalla Giunta Regionale dati relativi:

- al numero dei donatori attivi, suddiviso per associazione;
- al numero delle unità di sangue raccolto, anche suddiviso per associazione;
- al numero e al tipo di aferesi, anche suddivise per associazione;
- al numero e al tipo di emocomponenti prodotti;
- al numero, al tipo di unità trasfusionali e di emocomponenti consumati, nonché ai presidi presso i quali vengono impiegati;
- alla quantità e al costo degli eventuali emoderivati acquistati presso industrie pubbliche e/o private;
- ai costi analitici dei materiali di consumo;
- al costo per l'acquisto e alla manutenzione delle attrezzature;
- al costo relativo all'attività diagnostica terapeutica e di ricerca;
- ad altri costi relativi alla raccolta.

**II.12.1. Risorse**

Per realizzare il programma "DEFINITO COMPLETAMENTO DEL PIANO SANGUE" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
2.000	2.000	2.000	6.000

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e per spese correnti.

## II.13. PROGRAMMA DI PREVENZIONE E MONITORAGGIO DEL L'AIDS E DELLE MALATTIE INFETTIVE

### II.13.1. Premessa

Il tema del controllo sull'andamento delle malattie infettive è stato posto in particolare risalto dal diffondersi del contagio da virus HIV, con le conseguenti patologie ad esso correlate, comunemente denominate AIDS, LAS, ARC, e sindromi da immunodeficienza.

Gli aspetti pratici di tale controllo sono individuabili principalmente nel monitoraggio epidemiologico, nelle misure di profilassi e negli interventi di prevenzione più ampiamente intesi.

Monitoraggio epidemiologico, cioè una puntuale e per quanto possibile esauriente raccolta di dati sul diffondersi dell'infezione e sulle caratteristiche dei soggetti colpiti e del loro ambiente di vita.

Profilassi, cioè la predisposizione di idonee misure atte a limitare la diffusione del contagio, ad aumentare le difese attive e passive del soggetto potenzialmente esposto, a contenere la evoluzione morbosa.

Prevenzione, con interventi di educazione sanitaria alla popolazione, di corretta informazione alla cittadinanza, di formazione ed aggiornamento del personale anche ai fini di eliminare rischi lavorativi.

A questo complesso di interventi si sono aggiunte delle proposte e considerazioni in merito alle attività che devono essere sviluppate a livello territoriale, anche in considerazione dello stretto legame esistente fra queste e l'effettuazione degli interventi sopracitati.

Sono inoltre indicati alcuni interventi definiti di supporto alle attività di assistenza sanitaria poiché investono il complesso di azioni da garantire come completamento dell'intervento di tipo strettamente clinico, al fine anche di non appesantire queste attività da carichi operativi più propriamente assistenziali.

Non vengono invece considerati i problemi specifici di organizzazione dei servizi sanitari e in particolare di quelli ospedalieri, che vengono considerati attualmente come parte della rete organizzativa dei servizi per le malattie infettive e che potranno essere ulteriormente potenziati anche mediante l'individuazione di strutture specifiche in relazione all'evoluzione epidemiologica della malattia.

L'azione della Regione si è infatti sviluppata in questi anni con alcune precise iniziative:

- a) l'istituzione di due centri di Riferimento regionale (del. G.R. n. 3763 del 16.7.85) a Padova e Verona.
- b) l'istituzione di una Commissione Consultiva regionale che ha lavorato ad un piano di intervento articolato e finalizzato alle prevenzioni e all'assistenza sanitaria.

Le iniziative specifiche non intendono peraltro riferirsi solo al tema dell'infezione da HIV, ma si inseriscono in un quadro già consolidato di controllo più in generale della diffusione delle malattie infettive.

Tali interventi hanno consentito:

- a) la generalizzazione di una adeguata profilassi delle malattie a vaccinazione obbligatoria, con la quasi totale eliminazione delle specifiche patologie (con estinzione di quelle sotto

controllo OMS, quali vaiolo e poliomielite;

- b) il ridimensionamento dell'epatite virale, sia di tipo A che di tipo B (grazie anche a campagne vaccinali per soggetti a rischio);
- c) il drastico contenimento di malattie quali la febbre tifoide e il tetano.

Problematica è ancora invece la diffusione di infezioni da paratifi e salmonelle per le quali andrà aumentata la sorveglianza igienica.

### II.13.2. Valutazione della situazione epidemiologica

Pur in carenza di alcuni elementi conoscitivi essenziali, quali l'incidenza e prevalenza dei soggetti HIV positivi nella popolazione (per la cui conoscenza sono stati attivati gli interventi più oltre segnalati), è attualmente possibile fare alcune previsioni sulla diffusione della malattia AIDS (non quindi sulla diffusione dell'infezione).

Queste proiezioni sono consentite dalla conoscenza dei dati di denunce di AIDS a livello regionale, a livello nazionale e da considerazioni sui dati internazionali.

A tutto il 31.12.87 sono stati denunciati 85 casi di AIDS in Regione Veneto, con un tasso di 0.014 ogni 1000 abitanti a fronte di un tasso nazionale di 0.025 ogni 1000 abitanti.

E' una situazione abbastanza in sintonia con le statistiche europee (esclusi i paesi dell'Est europeo) ma notevolmente inferiore agli U.S.A. che contano ormai un tasso di 0.23 per mille (ovvero dieci volte più alto).

E' presumibile che venga mantenuto, almeno nel prossimo triennio, l'attuale andamento al raddoppio di casi ogni 12 mesi, il che conferma il divario di circa tre anni nella diffusione dell'infezione fra Europa e U.S.A.

Ulteriori necessarie considerazioni devono essere svolte sulle caratteristiche dei soggetti colpiti.

L'infezione da HIV ha interessato precocemente i tossicodipendenti cosicchè attualmente si rilevano, in indagini sieroepidemiologiche specifiche, livelli di percentuali di sieropositività anche superiore al 70%, e nella statistica di malattia conclamata i tossicodipendenti sono presenti con una frequenza del 68% dei casi adulti.

Questa popolazione costituisce quindi il potenziale di sviluppo della malattia conclamata, ma non solo, poichè in ragione della sua composizione di soggetti giovani e sessualmente attivi, porta allo sviluppo di infezioni neonatali e quindi di AIDS pediatrico.

L'infezione ha inoltre coinvolto la popolazione maschile omosessuale, peraltro con percentuali molto più contenute rispetto alle statistiche nordamericane.

Nei soggetti emofiliaci e politrasfusi, i casi sono molto limitati in quanto certamente le misure precauzionali prese dalla Regione Veneto (piano sangue e produzione controllata dei plasma derivati) nonchè dalle altre regioni italiane, portano ad ipotizzare un completo controllo della diffusione dell'infezione in questa popolazione.

### II.13.3. Sistema di sorveglianza regionale

Per i casi di malattia conclamata è prevista la notifica obbligatoria e su queste segnalazioni è basata la sorveglianza epidemiologica che fa capo all'Istituto Superiore della Sanità - Centro Operativo AIDS (COA).

La Regione gestisce con un proprio sistema informativo le copie di tali segnalazioni inviate dalle strutture territoriali ottenendo una conoscenza immediata della diffusione della malattia, in correlazione con la sorveglianza effettuata più in generale sulle denunce di malattie infettive previste dalla legislazione.

A tale rilevazioni sfuggono alcuni casi, ad es. soggetti che vengono curati in strutture all'estero o mancata denuncia, ma in una percentuale da ritenersi assai limitata.

Molto più problematico, ma certamente più importante per una corretta valutazione del fenomeno e della sua evoluzione, è la conoscenza della prevalenza e incidenza delle infezioni da HIV in fase presintomatica.

A tale scopo è stato prima sperimentato (2° semestre '87) e poi recentemente adottato (del. G.R. del marzo '88) un sistema di sorveglianza regionale AIDS, che, sulla base di precisi protocolli di rilevazione (con specifica scheda, codice, metodiche standardizzate di analisi), trasmissione (alle UU.LL.SS.SS. e quindi all'Osservatorio Epidemiologico AIDS del Dipartimento Sanità Regione Veneto) ed elaborazione dei dati, consente di valutare:

- la diffusione dell'infezione nell'ambito delle categorie a rischio (nonchè nei loro figli con il coinvolgimento dei reparti di ostetricia e pediatria);
- l'evoluzione dei soggetti sieropositivi (percentuali di sieroconversioni, latenze nel riscontro di sintomi di malattia).

### II.13.4. Aspetti relativi alla informazione ed educazione sanitaria

Per quanto riguarda l'informazione ed educazione sanitaria la Regione Veneto ha per prima istanza scelto le strade dell'intervento mirato, anche su considerazione della massa di materiale divulgativo prodotto dalla stampa e per iniziativa delle singole U.L.S.S..

E' stato pertanto avviato un programma educativo diretto alla popolazione scolastica, concordato con la sovrintendenza scolastica interregionale e divulgato dal febbraio 1987 e attualmente in corso di ulteriore sviluppo.

In questo settore le ulteriori iniziative saranno assunte sulla base delle indicazioni della citata Commissione Consultiva regionale.

#### *Formazione e aggiornamento del personale*

L'importanza di una più ampia conoscenza del fenomeno da parte degli operatori è di immediata evidenza; va peraltro perseguito un intervento differenziato in funzione delle caratteristiche delle attività affidate a questi operatori, che portano a distinguere:

- operatori non direttamente impiegati in servizi sanitari;
- operatori di servizi sanitari e socio-assistenziali.

Per la prima categoria gli interventi di formazione sono in stretto coordinamento con le iniziative di educazione sanitaria, e in particolare va evidenziato il ruolo degli insegnanti per la realizzazione

del programma di informazione della popolazione scolastica, in corso di realizzazione.

Per gli operatori dei servizi va posta particolare attenzione a momenti formativi per:

- il personale sanitario addetto alle comunità infantili;
- il personale di diagnosi e cura dei servizi extraospedalieri delle ULSS;
- il personale dei servizi di assistenza e sicurezza sociale.

#### II.13.5. Attività di profilassi

La mancanza di una profilassi vaccinale rende minimali le possibilità di intervento di protezione attiva contro la diffusione dell'infezione; lo stesso utilizzo di farmaci ad azione centrale è ancora nella fase di sperimentazione e pertanto il loro uso viene limitato a studi controllati presso i centri sanitari di riferimento e non può essere generalizzato come intervento di prevenzione.

Le misure di profilassi passiva sono quindi rivolte soprattutto a limitare l'esposizione al contagio in relazione alle due modalità di trasmissione attualmente riconosciute:

- la via sessuale;
- la contaminazione diretta del sangue da siringa o altri veicoli infetti.

In riferimento a tali interventi la Giunta Regionale, sulla base delle indicazioni fornite dalla Commissione Consultiva, darà corso alla definizione di iniziative specifiche.

#### II.13.6. Attività di supporto all'assistenza sanitaria

La problematica dei pazienti HIV positivi, e in particolare di quelli sintomatici per AIDS o sindromi correlate, richiede, oltre agli interventi sanitari, anche altre risposte che gravitano nell'area dell'assistenza sociale, del supporto psicologico, della tutela dei diritti civili e sociali.

In particolare va segnalato che:

- gli ospedali devono fornire anche servizi non propriamente medici, in funzione di supplenza ad interventi assistenziali non garantiti sul territorio;
- gli interventi di servizi territoriali, sia pubblici che privati, sia istituzionali che di volontariato, mancano di coordinamento, con la moltiplicazione di alcune tipologie di servizio (soprattutto quelle sanitarie) e la carenza di interventi più complessi e meno gratificanti;
- la caratteristica della grande maggioranza di pazienti AIDS, cioè la tossicodipendenza, li pone a gravitare su servizi specifici per il controllo di quest'ultima (volontariato, comunità residenziali, centri per tossicodipendenti), che peraltro non sono in grado di affrontare i problemi ben più complessi legati alla malattia.

Va valutata, pertanto, l'istituzione di centri assistenziali e di strutture di alloggio e ricovero per soggetti HIV positivi in fase di sintomatologia con esiti invalidanti.

#### II.13.7. Risorse

Per realizzare il programma "PREVENZIONE E MONITORAGGIO DELL'AIDS E DELLE MALATTIE INFETTIVE" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
4.000	4.300	5.500	13.800

Le U.U.L.L.S.S.S.S., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento e per spese correnti.

#### II.14. PROGRAMMA: TUTELA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA

A fronte del crescente diffondersi della pratica sportiva nella Regione, si sono resi e si rendono necessari interventi tesi a garantire la tutela sanitaria delle varie attività sportive.

Ai sensi dell'art. 13 della legge regionale 3.8.1982, n. 25 "Promozione dell'educazione e tutela sanitaria delle attività sportive", la Regione ha istituito il Centro Regionale di Medicina dello Sport, con sezioni a Padova e Verona, cui concorrono le Unità locali socio-sanitarie n. 21 e n. 25, l'Università ed il C.O.N.I.; compito di tale Centro è quello della ricerca, del supporto di alta specializzazione ai servizi di Medicina dello Sport ed alle Società sportive, dell'educazione sanitaria.

Sempre in attuazione della suddetta legge, sono costituiti in tutte le Unità locali socio-sanitarie servizi di Medicina dello Sport.

L'attività di detti servizi, organizzata allo scopo di garantire gli interventi di tutela sanitaria delle attività sportive e le relative certificazioni di idoneità, ai sensi del D.M. 18.2.1982 (attività agonistiche) e del D.M. 28.2.1983 (attività non agonistiche), deve essere svolta da specialisti in Medicina dello Sport, ai quali deve essere garantita, per concorrere e formare l'"équipe" specialistica, la stretta collaborazione con il cardiologo, in considerazione che tra le cause di non idoneità sportiva sono preminenti quelle dell'apparato cardiovascolare.

I servizi di Medicina dello Sport trovano la sede più appropriata presso il Presidio poliambulatoriale.

I responsabili dei Presidi poliambulatoriali assicurano modalità organizzative tali da garantire l'attività di medicina sportiva in tempi e spazi predefiniti, utilizzando le risorse per gli accertamenti di base, secondo quanto previsto dai protocolli di legge.

In relazione alle necessità esistenti le Unità Locali Socio Sanitarie possono anche avvalersi, ai sensi dell'articolo 3 ultimo comma della legge sopra citata, della collaborazione dei Centri di Medicina dello Sport della F.M.S.I. del C.O.N.I. con i quali abbiano sottoscritto apposita convenzione, secondo uno schema tipo approvato dalla Giunta Regionale.

Per quanto riguarda la certificazione dell'idoneità alla pratica sportiva agonistica essa potrà essere rilasciata, oltre che dai servizi di Medicina dello Sport delle Unità Locali Socio Sanitarie e dei Centri F.M.S.I. convenzionati, come previsto dalla L.R. n. 25/82, anche dalle strutture private che diano le necessarie garanzie e che pertanto siano state riconosciute idonee dalla Giunta regionale. Allo scopo di assicurare tali garanzie la Giunta Regionale subordina il rilascio di tale autorizzazione alla verifica che la struttura privata, in analogia con quella pubblica, si avvalga di un medico dello sport e di un cardiologo e disponga di un'attrezzatura adeguata; a consentire gli accertamenti degli esami base, secondo quanto previsto dai protocolli di legge. Inoltre verrà istituito apposito albo regionale nel quale saranno inserite soltanto le strutture

autorizzate dalla Regione, in quanto in possesso dei requisiti di organizzazione e funzionamento stabiliti dalla Giunta Regionale.

#### II.14.1. Risorse

Per realizzare il programma "TUTELA DELL'ATTIVITA' SPORTIVA" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
700	700	700	2.100

Le ULSS, per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese correnti.

#### II.15. PROGRAMMA: INTERVENTI PER MIGLIORARE IL RAPPORTO TRA SERVIZI E CITTADINI

L'intervento in oggetto si inquadra in un processo culturale a livello nazionale, che tende a valorizzare sempre più il rapporto tra Enti Pubblici ed operatori che erogano i servizi da un lato, e l'utente che ne usufruisce dall'altro.

Non si tratta della ricerca di un'approvazione astratta da parte del cittadino, ma del tentativo di costituire un rapporto basato sul consenso informato ed attivo del singolo e delle famiglie che, a parte le considerazioni di tipo etico-comportamentale, può favorire evidenti ricadute operative in termini di maggiore efficacia ed efficienza nello svolgimento delle funzioni sanitarie.

##### II.15.1. Obiettivi del triennio

Gli obiettivi individuati per il triennio 1989-1991 sono:

1. La semplificazione delle procedure.
2. L'umanizzazione e la personalizzazione dei rapporti.
3. La reimpostazione dei servizi che operano a diretto contatto con i cittadini.
4. La valorizzazione del ruolo del volontariato.
5. L'adozione di tecniche per valutare il gradimento ed il consenso dei cittadini ai singoli servizi e presidi.

Vengono qui di seguito evidenziati gli interventi e le azioni considerate particolarmente adatte allo scopo del programma in oggetto, corredate dalle relative indicazioni di tipo operativo.

##### II.15.2. La semplificazione delle procedure

Essa va ricercata allo scopo di diminuire al minimo il disagio complessivo subito dal cittadino nell'intervallo temporale che va dalla manifestata esigenza di un servizio all'effettiva erogazione del servizio stesso.

Va perseguita secondo due principi:

- una graduale revisione del modello organizzativo di distribuzione delle strutture e delle risorse umane, allo scopo di modellare l'offerta dei servizi sulla base della domanda espressa dai cittadini, e non viceversa;
- un'opera d'informazione capillare, che consenta agli stessi cittadini di formulare le proprie esigenze in maniera corretta e di conoscere bene le reali disponibilità di servizi sul territorio e le relative modalità d'accesso.

Strumentale ai due principi precedenti è quello di minimizzare gli adempimenti e le procedure burocratico-formali, laddove non se ne ravvisi un'utilità sostanziale.

A questo proposito si può rilevare, come prima indicazione operativa di programma, la possibilità per i cittadini di pagare direttamente presso il presidio erogatore il ticket sulle prestazioni specialistiche e di diagnostica strumentale, evitando il ricorso ad altre amministrazioni esterne (poste, banche) con i conseguenti disagi.

### **II.15.3. L'umanizzazione e la personalizzazione dei rapporti**

Lo scopo è quello di addivenire ad una situazione in cui il malato è trattato dagli operatori con umanità e comprensione e d'altro lato coloro che si rivolgono al servizio sanitario lo facciano con cortesia e in base a effettiva necessità.

Tale proponimento, la cui importanza non va in nessun modo sottovalutata, va perseguito attraverso una reciproca educazione ed informazione sui rispettivi ruoli (di operatore e di utente) ed in particolare attraverso le seguenti azioni:

- coinvolgere il personale (soprattutto quello di assistenza diretta) in valutazioni collegiali sul grado di attuazione dell'obiettivo in oggetto, supportandolo con iniziative di formazione sulle tecniche di sviluppo delle proprie capacità relazionali e di rapporto umano;
- per il personale infermieristico di assistenza diretta, sviluppare la tecnica del "nursing" quale strumento professionale per la personalizzazione dei trattamenti assistenziali;
- consentire ai cittadini di individuare, per nome e per funzione, i propri interlocutori sanitari, generalizzando l'uso delle targhette individuali e diffondendo informazioni circa i rispettivi ruoli e competenze all'interno del servizio.

### **II.15.4. La reimpostazione dei servizi che operano a diretto contatto con i cittadini**

Attualmente, pur venendo garantite tutte le funzioni indispensabili per l'accesso ed il trattamento del cittadino nella struttura sanitaria, vengono di fatto disattese alcune delle sue aspettative soprattutto con riferimento all'accessibilità ed al confort.

E' necessario pervenire ad una graduale revisione dei servizi e delle sedi che operano a diretto contatto con i cittadini (uffici informazione, sale d'attesa, accettazioni ospedaliere, reparti d'assistenza).

Sono quindi da evidenziare le seguenti indicazioni operative:

- dimensionare numero ed orario di apertura degli sportelli sui flussi d'affluenza, adottando uno schema flessibile di apertura di sportelli suppletivi nelle ore di massima affluenza, purchè compatibili con le esigenze lavorative;

- parallelamente si renderanno pubbliche le liste d'attesa, quale forma indiretta di controllo e di pressione, nonché quale utile strumento informativo per il cittadino;
- selezionare, in relazione al compito in oggetto, il personale adatto favorendone iniziative di formazione e riqualificazione, a livello di conoscenza di leggi, norme e regolamenti ma anche supportandolo con strumenti di lavoro a contenuto tecnologico (terminali, videocitofoni ecc.);
  - ristrutturare ed effettuare continue manutenzioni per rendere gradevoli gli ambienti individuati, dotandoli altresì di servizi di piccola pulizia continuativi, di telefoni a gettone per i cittadini e di cartelli illustrativi dei percorsi e della localizzazione dei vari servizi nella struttura;
  - promuovere iniziative nei luoghi di maggiore frequentazione per fini sanitari allo scopo di consentire una corretta fruizione dei servizi da un lato, e per svolgere opera di educazione sanitaria dall'altro (non solo nelle sale d'attesa e negli uffici di prenotazione e di accettazione, ma anche nelle farmacie, aeroporti, posti di confine, comunità in genere);
  - potenziare la pratica degli accertamenti diagnostici prericovero definendone protocolli e metodi concordati tra servizi specialistici, evitare lunghe permanenze in stanziera, al fine di rendere, laddove necessario, immediato l'avvio dell'utente presso la divisione competente;
  - caratterizzare sempre più il poliambulatorio come presidio unificato distrettuale, al cui interno si concentrino, ove condizioni ambientali lo consentano, il servizio infermieristico domiciliare, i servizi consultoriali e sociali.

#### II.15.5. Valorizzazione del ruolo del volontariato

In questi ultimi anni si è assistito ad un aumento dell'apporto delle associazioni volontarie, in termini quantitativi e qualitativi.

Non vi è però stata una parallela canalizzazione di tale apporto da parte delle UU.LL.SS.SS. in quei settori in cui esso sarebbe più utile, né una più precisa definizione dei rapporti tra tali associazioni e gli Enti pubblici che se ne avvalgono.

E' quindi necessario ridisegnare detti rapporti, tenendo presente i seguenti principi:

- è necessario instaurare una relazione continuativa tra associazioni ed enti, e non episodica, acciocché si sviluppino competenze e conoscenze reciproche sui propri ruoli;
- onde valorizzare le risorse di volontariato è possibile prevedere dei corsi di preparazione e di formazione per i volontari all'interno delle strutture pubbliche.

A tali scopi è opportuno prevedere, all'interno di ogni singola U.L.S.S., l'istituzione di un'unità operativa preposta alla gestione di detti rapporti, al fine di concertare con le associazioni in oggetto modalità di lavoro giudicate valide, ed orientando l'apporto delle medesime secondo due direttrici:

- a) attenuare il problema degli assistiti in ospedale, in particolare nel caso di malati gravi e soli; se infatti l'attuale sistema garantisce le funzioni indispensabili, non è in grado (e non è nemmeno razionale ipotizzarlo) di fornire assistenza continuativa per i casi in oggetto; è altresì importante rilevare come un apporto in questo senso da parte delle associazioni volontarie avrebbe rilevanza anche sanitaria, favorendo un più sereno ed efficace rapporto tra personale ospedaliero e detti malati;
- b) stimolare e coordinare attività di assistenza domiciliare, tenendo comunque conto che tale importante aspetto avrebbe una rilevanza più sociale che sanitaria e quindi un minor peso in questa sede rispetto al primo indicato.

### II.15.6. La valutazione del gradimento dei cittadini

Obiettivo strumentale agli obiettivi di cui ai punti precedenti è quello di disporre di strumenti di verifica e di valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi medesimi.

Si devono quindi sviluppare, presso servizi e presidi, sondaggi di opinione tra gli utenti, stimolando parallelamente i mezzi d'informazione, le associazioni sindacali e le altre formazioni sociali esterne al sistema sanitario a fare altrettanto.

Tali sondaggi vanno ripetuti periodicamente, ne vanno propagandati i risultati ed i cittadini vanno stimolati ad esprimere non solo il proprio dissenso sulle inefficienze dei servizi ma anche proposte alternative, al fine di rendere il servizio sanitario sempre più rispondente ai bisogni della gente.

Da ciò ne consegue che il sondaggio non deve riguardare il servizio sanitario nella sua globalità indistinta, ma specifiche situazioni locali, quindi suscettibili d'interventi modificativi rapidi ed utili.

A tale scopo vengono evidenziate le seguenti proposte operative:

- utilizzare diverse forme di sondaggio (colloqui, questionari ecc.) e con libertà di scelta, raccoglierne sistematicamente i risultati selezionando con obiettività le indicazioni più efficaci; parallelamente i servizi al loro interno dovranno preoccuparsi di raccogliere le indicazioni in questo senso da parte degli operatori, a loro volta sensibilizzati su questo punto;
- pubblicare periodicamente dei rapporti sull'avanzamento del processo, curarne la diffusione presso la cittadinanza e presso il personale ed infine individuare nei coordinatori amministrativo e sanitario delle singole UU.LL.SS.SS. i responsabili in fase di promozione, attuazione, coordinamento e verifica di questo importante programma. A queste figure sono altresì demandate le azioni correttive in caso di omissioni, ritardi ed inadempienze dei punti individuati.

## PARTE III

### LE RISORSE

#### III.1. LE POLITICHE DEL PERSONALE

Il presente Piano, attraverso le azioni settoriali (parte prima) e le azioni orizzontali (parte seconda), incide sulla struttura del Servizio Sanitario Regionale provocando ricadute significative sotto il profilo organizzativo e funzionale e, quindi, modificando la situazione attuale anche per quanto concerne la componente strutturale relativa al personale.

Le politiche del personale, per il triennio di Piano, richiedono dunque particolare attenzione sia sotto il profilo del dimensionamento delle piante organiche rispetto ai nuovi obiettivi, sia sotto il profilo della gestione delle stesse che comprende, in ultima analisi, il processo di trasformazione-riconversione della risorsa-personale.

A tali fini dovrà essere effettuata la verifica delle piante organiche considerando peraltro, le determinazioni che in materia di standard e parametri di personale sono stati dettati dal D.M. 13/9/1988 in materia di riorganizzazione dei presidi e servizi ospedalieri e dal provvedimento attuativo della Giunta regionale n. 1933 del 11/4/1989.

Criterio generale delle linee di politica del personale del Servizio Sanitario è quello della applicazione dei parametri e degli standard organizzativi e funzionali tanto al personale dipendente, quanto a quello convenzionato, al fine di realizzare l'integrazione dei servizi e di favorire l'omogeneità dei trattamenti.

Indicazioni sono peraltro contenute anche nelle parti settoriali del Piano che trattano contestualmente l'assetto dei servizi specialistici pubblici e convenzionati. Inoltre, per quanto concerne l'aggiornamento professionale si prevede l'integrazione fra medici convenzionati e medici dipendenti, da realizzare anche per mezzo della mobilità, mediante l'ingresso dei convenzionati nelle strutture ospedaliere.

Nell'ambito dei distretti, il Piano si muove nell'ottica della delimitazione e qualificazione delle attività, operando un'oggettiva definizione delle funzioni.

Conseguentemente, la politica del personale nei distretti, assumerà la connotazione prevalente della riconversione e della riorganizzazione delle dotazioni.

Relativamente all'igiene e alla veterinaria, il Piano potenzia le attività di prevenzione, la medicina del lavoro ed i Presidi Multizonali di Prevenzione, proponendo un modello organizzativo che prevede il rafforzamento delle ULSS sede di capoluogo di Provincia, con funzioni di coordinamento.

Le politiche del personale conseguenti saranno quindi improntate al potenziamento dei servizi dell'igiene in modo diffuso e con specifico riferimento a quelli citati.

Nell'ambito della specialistica ambulatoriale, la politica del personale dovrà perseguire una logica di integrazione funzionale intra ed extraospedaliera e tra il personale convenzionato e quello dipendente.

Per quanto concerne, poi, l'assistenza ospedaliera, la cui portata per risorse di personale impegnate è particolarmente rilevante, le azioni strutturali di Piano presentano le seguenti ricadute

sull'organizzazione e dimensionamento delle dotazioni organiche:

- a) azioni di riconversione e di razionalizzazione organizzativa del personale laddove si prevedono interventi di contenimento delle dotazioni strutturali (quali la soppressione di posti letto, la trasformazione di divisioni in servizi e l'aggregazione di servizi in aree omogenee) o di profonda trasformazione gestionale (quali quelle previste per i servizi di lavanderia e cucina);
- b) azioni di potenziamento, di formazione ed aggiornamento dei contingenti di personale, conseguenti agli interventi previsti di qualificazione della rete ospedaliera e nello sviluppo e potenziamento delle funzioni di riabilitazione;
- c) azioni di progressivo ancoraggio della determinazione delle dotazioni di personale alla verifica di indicatori quantitativi e qualitativi di attività.

Dal complesso degli obiettivi e delle politiche del presente Piano derivano i seguenti indirizzi applicativi ai fini dell'adeguamento delle dotazioni delle piante organiche esistenti, in particolare:

**PRESIDI E SERVIZI OSPEDALIERI:** l'adeguamento delle piante organiche dovrà avvenire attraverso la graduale applicazione degli standards del personale di cui al D.M. 13.9.1988.

**IGIENE PUBBLICA, PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO:** l'adeguamento delle piante organiche dei S.I.P., degli S.P.I.S.A.L., e delle sezioni del P.M.P., deve fare riferimento ai seguenti criteri uniformi, data la correlazione funzionale esistente fra le rispettive aree di intervento.

Accanto agli indici rappresentati dal numero degli abitanti, si dovrà altresì fare riferimento:

#### IGIENE PUBBLICA:

- realtà geomorfologica del territorio;
- numero e dimensione degli stabilimenti, depositi e mercati alimentari;
- funzioni di coordinamento tecnico per le UU.LL.SS.SS. capoluogo di provincia e per le emergenze ambientali;
- attività di polizia giudiziaria.

#### S.P.I.S.A.L.:

- numero e dimensione degli insediamenti produttivi per attività industriali, agricole, artigianali e commerciali;
- attività di polizia giudiziaria.

**P.M.P.:** oltre agli indici già indicati per l'Igiene Pubblica e SPISAL assume rilievo la specializzazione di ciascuna sezione.

All'attività di Igiene pubblica e sicurezza negli ambienti di lavoro è preposta rispettivamente un medico dirigente per le UU.LL.SS.SS. capoluogo di provincia, compresa l'U.L.S.S. n. 36 di Mestre e un coadiutore per le rimanenti UU.LL.SS.SS..

**SERVIZI VETERINARI:** l'adeguamento delle piante organiche dovrà avvenire tenendo conto degli indici riferiti al patrimonio zootecnico, alle attività soggette a vigilanza veterinaria, alla conformazione orografica del territorio, separatamente per l'area della "sanità animale e igiene allevamenti e produzioni animali" e l'area della "igiene della produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale".

Altri indici di riferimento sono rappresentati da:

- densità dei capi bovini per KM<sup>2</sup>;

- tipologia degli impianti e dei servizi rispetto alla continuità delle attività;
- densità delle strutture produttive sul territorio e tipologia del servizio rispetto alla continuità delle attività.

#### DISTRETTI ED ATTIVITA' POLIAMBULATORIALI:

l'adeguamento delle piante organiche dovrà fare riferimento alle attività proprie del distretto e a quelle integrative, tenendo conto dei seguenti indici, per l'équipe distrettuale:

- caratteristiche geomorfologiche del territorio;
- popolazione residente e variazioni stagionali, sua distribuzione per densità e fasce di età;
- aree funzionali per i distretti urbani;
- numero e dimensione dei poliambulatori territoriali;
- tipologia delle attività integrative.

Per il personale medico del presidio poliambulatoriale non è da prevedere una Pianta Organica specifica in quanto l'attività può essere svolta o in poliambulatori ospedalieri, nei quali opera personale ospedaliero, o in poliambulatori extra-ospedalieri per i quali vige la normativa prevista dalle convenzioni nazionali.

#### SCUOLE DI FORMAZIONE:

dovrà essere assicurata la direzione della Scuola e la presenza di un adeguato numero di "monitori", in possesso di adeguata esperienza professionale, nel rispetto del rapporto di cui alla L.R. n. 66/1977.

#### UFFICI DI DIREZIONE, COORDINAMENTI E SETTORI:

l'adeguamento delle piante organiche dovrà avvenire tenendo conto dei seguenti criteri:

- popolazione residente;
- numero e attività delle strutture ospedaliere e territoriali;
- numero del personale dipendente e convenzionato.

#### SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE

l'adeguamento delle piante organiche dovrà avvenire tenendo conto dei seguenti criteri:

- popolazione residente e sua suddivisione per fasce di età;
- dimensione dei fenomeni nelle realtà locali;
- servizi multizonali di pronta accoglienza istituiti presso le UU.LL.SS.SS. capoluogo di provincia;
- servizi di tossicologia forense;
- attività di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo.

### III.2. IL FONDO SANITARIO REGIONALE: SPESA CORRENTE

Per l'erogazione dei servizi sanitari sono disponibili nel triennio 1989/1991 le risorse finanziarie definite in sede di ripartizione del F.S.N. nonché le entrate dirette proprie delle ULSS al netto della quota destinata ad investimenti ai sensi dell'articolo 25 della legge n. 730/83 (norma sospesa per l'anno 1989).

Le norme per la programmazione sanitaria nazionale, la determinazione del fondo sanitario e i criteri di ripartizione dello stesso deliberati dal C.I.P.E., orientati ad una politica di perequazione della spesa tra le regioni, attestano per la Regione del Veneto, tenuto conto della compensazione centrale della mobilità sanitaria interregionale, il raggiungimento di una invarianza nella disponibilità di risorse finanziarie per la gestione corrente rispetto agli esercizi precedenti.

Pertanto la Regione del Veneto, al fine di perseguire la razionalizzazione, l'equilibrata distribuzione e l'incremento dell'efficienza dei servizi sanitari nel proprio territorio, deve continuare ad approfondire il processo di revisione della spesa sia nell'indirizzare con modalità diverse le offerte di prestazioni sanitarie e sia nella loro stessa ridistribuzione territoriale, tenendo conto della necessità di assicurare una eguale risposta ai bisogni sanitari dei cittadini.

Il Piano prevede la realizzazione di una complessa manovra tendente al riorientamento del servizio sanitario regionale verso obiettivi di livelli assistenziali più elevati e di qualificazione della spesa, mediante il recupero di risorse e di risparmi sufficienti a consentire il potenziamento delle aree carenti, soprattutto attraverso la realizzazione dei programmi, dei progetti obiettivo e delle azioni programmatiche.

La ripartizione delle risorse disponibili assume quindi carattere strumentale per il raggiungimento delle finalità di riorganizzazione nonché strumento di verifica della realistica e della fattibilità del cambiamento dell'attuale consolidato comportamento di funzionamento delle UU.LL.SS.SS..

I criteri di ripartizione, pertanto, recepiscono, da una parte, la necessità di riorientamento, prevista dal Piano, nella allocazione di risorse nei settori fondamentali di attività in funzione di razionalizzazione e di riqualificazione dell'intero servizio sanitario regionale, e, dall'altra parte, la necessità dell'incremento dei servizi sanitari attraverso il definitivo abbandono del puro riferimento storico e l'avvio di un serrato confronto tra risorse impiegate e risultati ottenuti, per indurre nelle UU.LL.SS.SS. comportamenti coerenti con gli obiettivi fissati dal Piano e per la loro effettiva responsabilizzazione sull'impiego delle risorse.

Sulla scorta delle politiche di razionalizzazione, di equilibrata distribuzione e di incremento dell'efficienza gestionale e sulla base degli obiettivi e degli standards fissati dal Piano, la ripartizione delle risorse disponibili avviene attraverso la destinazione delle stesse per settori fondamentali di intervento, per aree di attività e per singola U.L.S.S. come segue:

1. la quota destinata al finanziamento delle spese correnti delle UU.LL.SS.SS.;
2. una quota destinata alla realizzazione dei progetti obiettivo, delle azioni programmate e dei programmi;
3. una quota destinata alla realizzazione delle azioni strumentali, quali la formazione, l'educazione sanitaria e la ricerca sanitaria finalizzata;
4. una quota destinata alle attività sanitarie in gestione accentrata regionale quali l'assistenza agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ecc., ed alle spese di carattere generale di funzionamento del S.S.N., quali l'estinzione dei mutui pregressi già contratti dai disciolti enti ospedalieri, le spese varie di gestione ecc.;
5. una quota destinata al finanziamento dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale;
6. una quota destinata agli interventi veterinari per l'abbattimento di animali infetti, l'approvvigionamento di vaccini veterinari, ecc..

Per il triennio 1989/1991 la quota del F.S.R. di parte corrente destinata al finanziamento dei settori indicati ai punti 2 e 3 viene così definita (in milioni di lire):

SETTORI	1989	1990	1991	TOTALE
Progetti obiettivo (settore 2.)	22.000	24.000	26.000	72.000
Azioni programmatiche (settore 2.)	4.000	4.000	4.000	12.000
Programmi (settore 2.)	10.700	13.200	14.700	38.600
Azioni strumentali (settore 3.):				
Educazione alla salute	6.000	7.000	8.000	21.000
Ricerca sanitaria finalizzata	7.000	8.000	8.000	23.000
Formazione e aggiornamento del personale	8.500	9.000	9.500	27.000
Reintegro disponibilità FSR parte corrente per progetti obiettivo anticipati nel 1988	23.853	=	=	23.853
<b>Totale complessivo</b>	<b>82.053</b>	<b>65.200</b>	<b>70.200</b>	<b>217.453</b>

Per il triennio 1989/1991 la quota del F.S.R. di parte corrente destinata al finanziamento dei settori indicati ai punti 4 e 6 viene così definita (in milioni di lire):

SETTORI	1989	1990	1991	TOTALE
Assistenza anziani non autosufficienti e inabili (settore 4.)	145.000	150.000	155.000	450.000
Telesoccorso (settore 4.)	5.200	5.500	5.500	16.200
Assistenza ospedaliera all'estero, rate di ammortamento mutui pregressi con la C.D.E.P., Centri regionali specializzati e spese varie gestione FSN (settore 4.)	4.500	4.500	4.500	13.500
Vaccini veterinari (settore 6.)	2.500	2.500	2.500	7.500
<b>Totale complessivo</b>	<b>157.200</b>	<b>162.500</b>	<b>167.500</b>	<b>487.200</b>

Per il triennio 1989/1991 la quota del F.S.R. di parte corrente destinata al finanziamento del settore indicato al punto 5. "Finanziamento dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale di Padova" viene determinata dalla corrispondente assegnazione sul F.S.N. di parte corrente deliberata dal C.I.P.E..

Parimenti la quota destinata al finanziamento del settore 6. sarà integrata dalla corrispondente assegnazione sul F.S.N. di parte corrente deliberata dal C.I.P.E. per la parte riguardante l'abbattimento di animali infetti, ecc..

La ripartizione della quota destinata alle UU.LL.SS.SS. (settore 1.) avviene con le seguenti fasi e criteri:

**Fase I - Individuazione delle risorse assegnate per i settori fondamentali di intervento riconducibili a:**

- a) prevenzione collettiva;
- b) assistenza sanitaria extraospedaliera;
- c) assistenza sanitaria ospedaliera;
- d) organizzazione istituzionale;
- e) riserva.

A loro volta i settori fondamentali di intervento sono suddivisi nelle seguenti aree di attività:

- a) Prevenzione collettiva:
  1. Igiene pubblica;
  2. Veterinaria;
- b) Assistenza sanitaria extraospedaliera:
  1. Medicina generale e pediatrica;
  2. Guardia medica;
  3. Guardia turistica;
  4. Assistenza specialistica;
  5. Attività distrettuale;
  6. Assistenza farmaceutica;
  7. Assistenza riabilitativa protesica;
  8. Assistenza termale;
  9. Attività servizi tossicodipendenti;
  10. Assistenza integrativa ed altra.
- c) Assistenza sanitaria ospedaliera:
  1. Assistenza ospedaliera pubblica;
  2. Assistenza ospedaliera convenzionata;
  3. Assistenza ospedaliera riabilitativa in convenzione;
  4. Assistenza ospedaliera a rimborso ed altra.
- d) Organizzazione istituzionale:
  1. Amministrazione;
  2. Formazione ordinaria di base.

**Fase II - Ripartizione tra le UU.LL.SS.SS. delle risorse individuate per ciascuna funzione di attività secondo i seguenti criteri oggetto di pubblicazione e di verifica trimestrale:**

- Igiene di base, igiene multizonale, veterinaria di base e veterinaria multizonale secondo standards basati sull'organizzazione e l'attività svolta;

- Medicina generale e pediatrica, guardia medica e guardia turistica sulla base dei costi previsti dalle convenzioni vigenti per ciascun assistito quale "standard" unificato; per la guardia medica e turistica in rapporto al numero delle ore programmate di attività;
- Assistenza farmaceutica sulla base della popolazione "pesata" per tener conto del differente consumo di farmaci dei cittadini per le varie fasce d'età e al netto dei "tickets" ponderati per il numero dei cittadini esenti tenendo conto del diverso consumo di quest'ultimi rispetto ai cittadini soggetti al ticket;
- Attività distrettuale, per una parte, secondo standards basati sull'organizzazione e l'attività svolta e per la rimanente parte, in base alla popolazione pesata per fasce di età tenendo conto di parametri riferiti a livelli differenti di bisogno;
- Attività di riabilitazione e protesica sulla base degli interventi protesici effettuati nelle singole realtà locali, in attesa dell'attivazione di una banca dati aggiornata sul numero degli invalidi e sulla tipologia di invalidità degli stessi;
- Prestazioni integrative sulla base della popolazione pesata per fasce di età per tener conto di livelli differenti di bisogno sanitario;
- Prestazioni termali sulla base di costi standards per prestazione e dell'ubicazione degli stabilimenti termali;
- Assistenza specialistica sulla base di standards elaborati secondo il numero di prestazioni previste per ciascun cittadino e "pesate" per tipologia di prestazione per tener conto del differente impegno di attività e di costo;
- Servizi ai tossicodipendenti secondo standards basati sull'organizzazione e l'attività svolta;
- Assistenza riabilitativa ambulatoriale in convenzione sulla base di "standards" ricavati dal costo ponderato delle singole prestazioni e secondo l'ubicazione dei centri di cura convenzionati;
- Assistenza ospedaliera convenzionata sulla base di "standards" ricavati dalle rette di degenza approvate per le giornate di degenza programmate sulla scorta dei posti letto convenzionati;
- Assistenza ospedaliera riabilitativa convenzionata sulla base di "standards" ricavati dai costi programmati;
- Assistenza ospedaliera a rimborso sulla base della popolazione "pesata" per fasce di età quale indicatore di differenti livelli di fruizione del ricovero ospedaliero;
- Assistenza ospedaliera pubblica secondo standards basati sull'organizzazione e l'attività svolta tenendo conto dei differenti livelli organizzativi e strutturali dei servizi ospedalieri, dei servizi affidati in appalto da "ponderare" in pesi di organico teorico aggiuntivo.

Sono inoltre attivati i seguenti correttivi per tenere conto:

- a) dei volumi di attività che comportano maggiori costi nei beni e servizi (correttivo per tener conto sia della quantità che della qualità degli interventi);
  - b) del diverso tasso di spedalizzazione dei cittadini della ULSS per incentivare le misure di prevenzione e di filtro al ricovero ospedaliero;
  - c) del recupero dei costi finanziati dal Ministero della Pubblica Istruzione nel caso delle Convenzioni con l'Università, per la parte non a carico dell'ULSS.
- Attività amministrativa secondo standards basati sull'organizzazione e l'attività svolta, con un correttivo incentivante lo sviluppo qualitativo delle attività e quale riconoscimento di maggiori impegni gestionali nell'attuazione dei progetti del settore (tenuta della contabilità dei costi, degli inventari, del controllo di gestione, di procedure di budget, D.R.G., dell'attuazione del sistema informativo, ecc.);

- Attività di formazione ed aggiornamento sulla base del piano di localizzazione e di attività delle scuole infermieristiche e del numero degli allievi programmati.

Fase III - Rispetto al modello teorico di ripartizione ricavato dalla Fase II sono successivamente recuperati per ULSS i costi standards per la parte non ancora realizzata del P.S.S.R..

Fase IV - Il modello teorico definito alla fine della Fase III viene posto a confronto con il costo presunto di ogni singola U.L.S.S., usando gli stessi indicatori di proiezione delle spese, per ogni singolo settore d'intervento, al fine di evidenziare gli scostamenti.

Per ciascun scostamento saranno esplicitate le possibili cause e motivazioni e saranno eventualmente individuati i risultati da ottenere, in ciascun anno di validità del Piano, per poter realizzare gli obiettivi di riorientamento della gestione.

Per l'assistenza farmaceutica, che presenta vincoli e realtà non sempre governabili dalle UU.LL.SS.SS. e per la quale sono previste modifiche di revisione nelle procedure di gestione, il finanziamento terrà conto dei volumi di domanda espressi localmente quale indicatore dei livelli di differente bisogno sanitario.

Fase V - Attraverso le operazioni di riequilibrio della Fase IV viene ricavata una quota di risorse a disposizione per la costituzione di un fondo di sviluppo, che integrato con la riserva individuata nella Fase I, viene assegnato come segue:

- a) una parte per la realizzazione degli obiettivi del P.S.S.R., con particolare riferimento a programmi di accelerazione per l'attuazione del riequilibrio territoriale delle aree deboli;
- b) una parte per assicurare un incentivo alle UU.LL.SS.SS. che comunque presentano nella spesa farmaceutica costi sotto media regionale.

La ripartizione suddetta in sintesi contiene:

1. allocazioni di risorse per programmi di sviluppo e di qualificazione del servizio sanitario regionale (quote dei progetti obiettivo, delle azioni programmatiche e dei programmi, delle attività vincolate e del fondo di sviluppo della quota indistinta U.L.S.S.);
2. meccanismi di incentivazione per l'efficienza gestionale delle UU.LL.SS.SS. sia di carattere generale (utilizzo generalizzato di indicatori e di standards) e sia di carattere mirato, quali ad esempio la deospedalizzazione nel settore ospedaliero, la qualificazione nel settore amministrativo e la politica di coinvolgimento dei medici di base nel settore farmaceutico.

La Giunta regionale, con proprio provvedimento e in relazione alla effettiva disponibilità di risorse derivante dal riparto del F.S.N. di parte corrente, definisce la ripartizione della quota del F.S.R. tra i vari settori di intervento, i valori degli indicatori e degli standards da adottare nel riparto e la attribuzione delle quote incentivanti e di sviluppo.

### III.3. IL FONDO SANITARIO REGIONALE: SPESE IN CONTO CAPITALE

La spesa in conto capitale del F.S.R., riconducibile in una più ampia accezione in spese per investimenti sanitari, viene definita dal presente capitolo di piano concernente le indicazioni metodologiche per la quantificazione delle risorse disponibili e la loro destinazione.

L'individuazione degli investimenti da effettuare in conto capitale, in definiti settori della Sanità, è l'esplicito risultato di una procedura applicativa determinata in una sequenza di fasi metodologiche che dipartono dalla fissazione degli obiettivi specifici di Piano su cui ripartire le spese in conto capitale.

### III.3.1. Fissazione degli obiettivi specifici di piano su cui ripartire le spese in conto capitale

Le politiche sanitarie e gli indirizzi prioritari d'intervento concernenti obiettivi d'investimento sono i seguenti:

- a) eliminazione dello squilibrio tra area centrale veneta e aree esterne, costituite dai territori montani, dal Veneto orientale e dalla pianura veneta meridionale;
- b) riorganizzazione e potenziamento degli ospedali che erogano interventi implicanti multidisciplinarietà spesso ad alta tecnologia con ampi bacini di utenza;
- c) ristrutturazione, razionalizzazione, riconversione e riqualificazione della rete ospedaliera. Lo sviluppo dell'edilizia ospedaliera dovrà, inoltre, essere finalizzato, dove opportuno, alla realizzazione di azioni orizzontali come le azioni programmate, i progetti obiettivo ed i programmi;
- d) riorganizzazione territoriale e razionalizzazione delle attività dei Distretti di Base;
- e) riconversione e potenziamento rete poliambulatoriale;
- f) completamento del servizio informativo sanitario regionale come parte del servizio informativo sanitario nazionale;
- g) potenziamento servizi per l'igiene pubblica e per la veterinaria;
- h) realizzazione dei seguenti progetti obiettivo:
  - tutela della salute delle persone anziane;
  - tutela della salute mentale;
  - prevenzione handicaps, assistenza, recupero e riabilitazione dei disabili;
- i) realizzazione delle seguenti azioni programmatiche e programmi:
  - tutela salute lavoratori in luoghi di lavoro;
  - emergenze sanitarie;
  - potenziamento attività prelievo e trapianti di organo;
  - prevenzione e cura malattie neoplastiche;
  - prevenzione e cura malattie infettive e A.I.D.S.;
  - definitivo completamento piano sangue;
  - sviluppo attività di riabilitazione;
- l) adeguamento norme di sicurezza di impianti delle UU.LL.SS.SS..

L'ampiezza degli interventi rende evidente come essi richiedano, per essere compiutamente realizzati, un arco temporale che va al di là del triennio di Piano.

D'altra parte molti degli interventi implicano la ripetitività e la costanza nel tempo dell'investimento e ciò in particolar modo per quanto riguarda le attrezzature, gli arredi e le manutenzioni.

Per tali motivi la determinazione degli obiettivi per le spese in conto capitale nel prossimo triennio deve essere vista come un completamento ed un approfondimento di quanto previsto per il triennio trascorso.

Deve essere, infatti, assicurato il finanziamento per cassa dei programmi e dei progetti già avviati col precedente ciclo di programmazione, che dimostrano, ulteriormente, come lo sviluppo risulti senza soluzione di continuità.

Tali politiche ed indirizzi prioritari determinano i seguenti obiettivi raggruppati per classi:

## 1. RETE OSPEDALIERA

La specificazione degli obiettivi della rete ospedaliera, nelle classi che seguono, è la risultante delle strategie e delle politiche del presente Piano che sono indirizzate sia al riequilibrio intraregionale nella dotazione delle strutture ospedaliere per il superamento di squilibri territoriali e sia al mantenimento ed alla riqualificazione delle strutture ospedaliere; nei limiti dei posti letto previsti dagli standards del Piano stesso, attuate attraverso:

- la sostituzione dei posti letto a più elevato degrado strutturale;
- il recupero con adeguate misure di riadattamento e di ristrutturazione, dei posti letto che presentano carenze strutturali;
- la conservazione in efficienza dei restanti posti letto che presentano una sufficiente funzionalità.

In ulteriore dettaglio, tali obiettivi sono:

### *1.1. Riconversione di strutture ospedaliere:*

Interventi presso strutture ospedaliere o parte di esse al fine di riconvertire da attività per acuti verso attività di tutela per anziani e per disabili, in stretta relazione con le politiche definite dai progetti obiettivo (confrontare le classi di intervento sub 9.1.2. e 9.3.2.).

### *1.2. Razionalizzazione, riordino e potenziamento dei presidi ospedalieri:*

Completamento del finanziamento per programmi già avviati, riguardanti la ristrutturazione della rete ospedaliera regionale, con il P.S.S.R. 1984/1986, per la parte non impegnata nel bilancio regionale sino al 31.12.1987, e loro revisione unitamente ad altri, interventi per il riequilibrio territoriale della rete a favore delle aree depresse, di riduzione delle divisioni di base e potenziamento dei servizi di media e alta specialità. Riorganizzazione della rete regionale dei servizi ospedalieri attraverso l'individuazione di ospedali capaci di erogare una serie d'interventi implicanti sia una multidisciplinarietà spesso ad alta tecnologia con ampi bacini d'utenza, sia interventi di discreta complessità per acuti (presidi ospedalieri dei capoluoghi provinciali) e per la riabilitazione specialistica.

In quest'ambito, particolare rilevanza assumono gli interventi di riordino e potenziamento edilizio degli ospedali di Padova e Verona, per i quali si renderanno necessari specifici programmi pluriennali di investimento.

Il seguente quadro generale indica gli investimenti in conto capitale sulle strutture ospedaliere della Regione del Veneto.

Razionalizzazione, riordino e potenziamento dei presidi ospedalieri  
 Specificazione degli obiettivi e del relativo fabbisogno finanziario presunto per la programmazione e la progettazione degli interventi di edilizia ospedaliera.  
 (Ulteriore fabbisogno rispetto alle quote programmate PSSR 1984/86) (cifre in milioni di lire).

ULSS N°	OSPEDALE	DESCRIZIONE INTERVENTO	compic.am. PSSR 84/86 «residuo»	di cui Finanziam. 1989 con FSR 1987	di cui Finanziam. PSSR 89/91	ulteriore fabbisogno PSSR 89/91	Fabbisogno complessivo	Finanziamento programmato	
								1° triennio	Trienni successivi
1	Cortina	Ristrutturazione per concentrazione attività in un unico edificio .....	5.000		5.000	4.000	9.000	4.000	5.000
3	Belluno	Completamento e lavori accessori nuova sede di Viale Europa .....				12.000	12.000	2.000	10.000
4	Feltre	Completamento piani degenza al grezzo e riorga- nizzazione servizi diagnosi e cura .....	1.500	1.500		8.500	8.500	2.000	6.500
5	Bassano	Quarto piano ORL e Oculistica .....							
		Completamento nuovo ospedale .....	15.316	9.716	5.600	100.186	105.786	42.786	63.000
6	Schio	Completamento piastra servizi .....				6.000	6.000	3.000	3.000
		Adeguamento corpo degenze .....				12.000	12.000	3.000	9.000
	Thiene	Sostituzione degenze per completamento funziona- le corpo facciata e sez. servizi diagnosi e cura .....							
		Ristruttur. adeguam. al PSSR 84/86 .....	1544,500270	1544,500270		28.500	28.500	8.500	20.000
7	Valdegno	Integrazione finanziamento progetto costruzione nuovo ospedale .....	4.000		4.000	10.000	14.000	4.000	10.000
8	Vicenza	Completamento ospedale (4 e 5 lotto) .....				18.500	18.500	8.500	10.000
		Mantenimento edificio .....				5.000	5.000	2.000	3.000
9	Lonigo	Lavori accessori e completamento nuova sede osped. ....				4.500	4.500	2.000	2.500
10	Treviso	Mantenimento edificio .....	1180,658000		1180,658000	3819,342000	5.000	2.000	3.000
		Sostituzione chirurgie .....				30.000	30.000	10.000	20.000
11	Motta	Adeguam. servizi generali e manutenim. edificio ....				4.500	4.500	2.000	2.500
12	Conegliano	Ristrutturazione e sostituzione piastra servizi sale operatorie, terapie intensive e sterilizza- .....				25.000	25.000	7.000	18.000
	Vitt. Veneto	Intervento di adeguamento e mantenimento edili- zio .....				7.000	7.000		7.000

Specificazione degli obiettivi e del relativo fabbisogno finanziario presunto per la programmazione e la progettazione degli interventi di edilizia ospedaliera.  
(Ulteriore fabbisogno rispetto alle quote programmate PSSR 1984/86) (cifre in milioni di lire).

pag. 143

ULSS N°	OSPEDALE	DESCRIZIONE INTERVENTO	completam. PSSR 84/86 «residuo»	di cui Finanziam. 1989 con FSR 1987	di cui Finanziam. PSSR 89/91	ulteriore fabbisogno PSSR 89/91	Fabbisogno complessivo	Finanziamento programmato	
								1° triennio	Trienni successivi
13	Castelfranco	Completamento struttura al grezzo .....				68.500	68.500	15.500	53.000
	Montebelluna	Completamento piastra servizi e adeguamento normativo degenze .....	1.500	1.500		12.000	12.000	3.500	8.500
14	Portogruaro	Completamento nuovo ospedale .....	11.600	1.600	10.000	17.400	27.400	5.000	22.400
15	S. Donà	Ampliam. piastre servizi e poliamb., adeguam. normat. ....	5.000		5.000	15.000	20.000	4.000	16.000
	Jesolo	Ampliam. piastra servizi, ristruttur. e adeguam. nor- mat. ....	1.000		1.000	9.000	9.000	3.000	6.000
16	Venezia-Lido	Costruzione nuovo corpo per abbandono padiglio- ni ospedalieri .....	11124,214581	7124,214581	4.000	14.000	18.000	1.000	17.000
	Venezia Civ.	Costruzione 2 lotto dipartimento d'urgenza .....	4.200	1500,744197	2699,253803	27300,744197	30.000	6.000	24.000
		Mantenimento edilizio .....				565	565		
17	Mirano	Completamento ospedale e lavori accessori e man- tenimento edilizio e tecnologico .....				7.000	7.000		7.000
	Noale	Completamento ospedale e mantenimento edilizio e tecnologico .....	9.200		9.200	4.800	14.000	10.500	3.500
18	Dolo	Completamento piastre servizi e corpo degenze e mantenimento edilizio e tecnologico .....	4106,156530	106,156530	4.000	17.000	21.000	8.000	13.000
19	Cittadella	Completamento piastra servizi e adeguamento per corsi nuovo ingresso .....				20.000	20.000	10.000	10.000
20	Campo- sanpietro	Costruzione piastra accesso pronto soccorso RDG, lab. ambul. frosok., offic. e scq. aree per par- cheggi .....	3.440	440	3.000	20.000	23.000	7.000	16.000
21	Padova Civ.	Ristrutt., sostituzione e adeguam. normativo, compreso cardiologia e rapporti università .....	4.711	3.711	1.000	71.000	72.000	32.000	40.000

Razionalizzazione, riordino e potenziamento dei presidi ospedalieri  
 Specificazione degli obiettivi e del relativo fabbisogno finanziario presunto per la programmazione e la progettazione degli interventi di edilizia ospedaliera.  
 (Ulteriore fabbisogno rispetto alle quote programmate PSSR 1984/86) (cifre in milioni di lire).

ULSS N°	OSPEDALE	DESCRIZIONE INTERVENTO	completam. PSSR 84/86 «residuo»	di cui Finanziam. FSR 1987	di cui Finanziam. PSSR 89/91	ulteriore fabbisogno PSSR 89/91	Fabbisogno complessivo	Finanziamento programmato	
								I° triennio	Trienni successivi
22	Padova Civ. Nuova strut. C.T.O. Este	Cardiochirurgia ..... Sostituzione ..... Ristrutturazione ..... Completamento ospedale con sostituzione .....	1.000	1.000		110.000 20.000 8.000	110.000 20.000 8.000	40.000 10.000 4.000	70.000 10.000 4.000
23	Montagnana Piove di S. Monselice	Sostituzione struttura esistente ..... Completamento ospedale ..... Completamento ospedale .....	5.500		5.500	12.000 7.500 10.000	12.000 13.000 10.000	6.000 3.000 5.000	6.000 10.000 5.000
24	Nuova strut. ULSS	Costruzione nuovo ospedale in sostituzione di ospedali esistenti .....							
25	Borgo Trento BT e Marzana	Sostituzione, I° fase ..... Conservazione in efficienza .....	18.875		18.875	50.000 76.000	50.000 94.875	25.000 34.875	25.000 60.000
26	Borgo Roma Bussolengo Malcesine	Costruzione piastra ambulatoriale e servizio odont. .... Conservazione in efficienza .... Ristrutturazione .....	4.000 168	4.000	168	16.000 4.832	16.000 5.000	6.000 3.000	10.000 2.000
27	Bovolone Zevio	Riconversione e struttura riabilitativa ..... Conservazione in efficienza .....				10.000 6.000	10.000 6.000	4.000 2.000	6.000 4.000
28	Cologna V. Legnano	Conservazione in efficienza ..... Completamento nuovo ospedale .....				3.000 2.000	3.000 2.000	2.000 1.000	1.000 1.000
29	Trecenta Castelmassa	Adeguamento servizi operatori ..... Costruzione nuovo ospedale in sostituzione degli ospedali esistenti .....	31.000		31.000	4.000	4.000	1.000	3.000
30	Rovigo	Riconversione a struttura riabilit. e lungodeg. .... Completamento ospedale .....	10.500	3.000	7.500	20.000 4.000	51.000 4.000	10.000 3.000	41.000 1.000
						11.500	19.000	5.000	14.000

Razionalizzazione, riordino e potenziamento dei presidi ospedalieri  
 Specificazione degli obiettivi e del relativo fabbisogno finanziario presunto per la programmazione e la progettazione degli interventi di edilizia ospedaliera.  
 (Ulteriore fabbisogno rispetto alle quote programmate PSSR 1984/86) (cifre in milioni di lire).

ULSS N°	OSPEDALE	DESCRIZIONE INTERVENTO	completam. PSSR 84/86 «residuo»	di cui Finanziam. 1989 con FSR 1987	di cui Finanziam. PSSR 89/91	ulteriore fabbisogno PSSR 89/91	Fabbisogno complessivo	Finanziamento programmato	
								I° triennio	Trienni successivi
31	Adria	Completamento ospedale .....	7.000		7.000	5.000	12.000		12.000
32	Chioggia	Completamento ospedale .....	5.000		5.000	10.000	15.000	5.000	10.000
33	Villafranca	Ristrutturazione ospedale .....				4.500	4.500	3.000	1.500
	Valeggio	Completamento ospedale parte universitaria .....	2.000	2.000		2.000	2.000	2.000	
34	Arzignano	Completamento .....				5.000	5.000	1.500	3.500
	Montebelluna Magg.	Sostituzione parziale corpo degenze .....	400	400		8.000	8.000	2.000	6.000
35	Asiago	Sostituzione .....	2.500	500	2.000	16.500	18.500	9.500	9.000
	Mezzacorona	Completamento .....				2.000	2.000	1.000	1.000
36	VE-Mestre	Mantenimento ospedale Umberto I° .....	1501,3006335	1501,3006335		9.000	9.000	1.500	7.500
		Sostituzione, 1° fase .....	72.000	9.500	62.500	78.000	140.500	45.225	95.275
<b>TOTALI</b>			<b>246247,530016</b>	<b>50544,216713</b>	<b>195503,313803</b>	<b>113571,686200</b>	<b>1.329.575</b>	<b>470.300</b>	<b>859.675</b>

L'intervento per l'ospedale civile di Venezia comprende l'importo di lire 15 miliardi destinato dalla legge speciale di salvaguardia e che deve intendersi comunque impegnata.

NELL'ARCO DI VALIDITA' TRIENNALE DEL PIANO SARA' DATA COMUNQUE PRIORITA' DI REALIZZO AGLI INTERVENTI DEGLI OSPEDALI  
 RIENTRANTI NELLE POLITICHE E NEGLI INDIRIZZI EVIDENZIATI DALLE LETTERE A) E B) DEL CAPITOLO 3 PUNTO I

1.3. Attuazione di interventi sui fabbricati o su parte di fabbricati ospedalieri esistenti, comprendenti eventuali minimi ampliamenti, per opere igienico sanitarie, di sicurezza, di funzionalità e di urgenza per l'adeguamento alle prescrizioni del P.S.S.R..

Tali interventi di importo minimo di 50 milioni di lire, aventi le caratteristiche di manutenzioni straordinarie, saranno finanziati dalla Giunta regionale su istruttoria degli uffici regionali competenti e richiesti direttamente dall'ULSS.

Il quadro generale che segue indica gli interventi di manutenzione straordinaria di particolare rilievo sinora determinati:

INTERVENTI DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA OSPEDALIERA.  
SPECIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI E DEL RELATIVO FABBISOGNO FINANZIARIO PRESUNTO PER LA PROGRAMMAZIONE E LA PROGETTAZIONE DEGLI INTERVENTI DI EDILIZIA OSPEDALIERA A TITOLO DI MANUTENZIONE STRAORDINARIA (in milioni di lire)

Ulss N°	Ospedale	DESCRIZIONE INTERVENTO	Fabbisogno 1° triennio	Fabbisogno trienni succ.
1	Pieve di C.	Adeguamento normativo e mantenimento edilizio	1.500	
2	Agordo	Adeguamento normativo e mantenimento edilizio	1.000	
5	Marostica	Conservazione in efficienza	1.000	
11	Oderzo	Adeguamento tecnologico	2.000	
12	Valdobbiadene	Mantenimento edilizio e conservaz. in efficienza	1.000	
13	Asolo	Mantenimento edilizio	1.500	
	Crespano	Completamento lavori fisioterapia	1.000	
16	Ve Giustinian	Mantenimento edilizio	1.500	
23	Conselve	Conservazione in efficienza	1.000	
24	S. Bonifacio	Mantenimento in efficienza	2.000	
	Soave	Mantenimento in efficienza	1.000	
	Tregnago	Mantenimento in efficienza	1.000	
26	Caprino	Mantenimento edilizio	1.000	
31	Cavarzere	Conservazione in efficienza	1.000	
33	Isola della S.	Conservazione in efficienza	2.000	
		Fondo globale per interventi di manutenzione straordinaria nei rimanenti ospedali della Regione Veneto (tra questi saranno comunque oggetto d'intervento gli ospedali di Lamon, Galliera V., Badia Pol., Trecenta e Lendinara)	50.500	80.000
		<b>TOTALI</b>	<b>70.000</b>	<b>80.000</b>

#### *1.4. Potenziamento attività Day Hospital, Dipartimenti ed aree omogenee e miglioramento ricettività alberghiera a pagamento:*

Potenziamento delle aree destinate all'attività di Day Hospital e della organizzazione dipartimentale ed alla istituzione di aree omogenee (legge 595/85) nella strategia generale di riorganizzazione e riduzione di posti letto ospedalieri.

Ulteriori interventi in tale ambito sono destinati al miglioramento della ricettività alberghiera a pagamento attraverso l'utilizzo di posti letto fino almeno 4% del totale complessivo.

Tali posti letto possono essere utilizzati per attività libero professionale dei medici.

#### *1.5. Adeguamento norme antincendio, sicurezza impianti e servizi tecnologici:*

Completamento dei programmi di intervento sulle strutture ospedaliere per l'adeguamento alla normativa di prevenzione incendi, finalizzati all'ottenimento del nulla osta provvisorio, ai sensi della legge 818/84, nonché all'adeguamento ed alla revisione delle strutture tecnologiche con particolare riguardo alla rete fognaria.

Tutti gli interventi relativi alla presente classe di obiettivi sono ricondotti alla classe unitaria sub n. 11, indicata in seguito.

#### *1.6. Mantenimento ed aggiornamento attrezzature:*

##### *1.6.1. Mantenimento, aggiornamento e potenziamento attrezzature tecnico-scientifiche ed arredi:*

Normale adeguamento delle attrezzature tecniche e scientifiche e degli arredi indirizzato al mantenimento ed al potenziamento degli attuali livelli di prestazione ospedaliera, parametrabili per ciascuna ULSS nell'ordine indicativo dell'1,5% delle spese correnti.

##### *1.6.2. Attrezzature ed arredi in strutture ospedaliere già completate per la parte edilizia:*

Interventi in Ospedali, ove la parte edilizia è terminata, per il completamento della struttura nelle sue parti funzionali.

Tutti gli interventi relativi alle attrezzature ed arredi sono ricondotti nella classe unitaria sub n. 12, indicata in seguito.

## 2. RETE DISTRETTUALE

### *2.1. Riorganizzazione e completamento rete distrettuale e razionalizzazione spazi esistenti:*

Interventi sulle strutture destinate ad attività distrettuali per rispondere alle nuove dimensioni secondo criteri di omogeneità, ridefinizione delle attuali attività eliminando la polverizzazione esistente nei servizi e completamento della rete distrettuale.

### *2.2. Attrezzature ed arredi:*

Usuale intervento di acquisto di attrezzature tecnico-scientifiche ed arredi per le sedi distrettuali, per il rinnovo ed il potenziamento dei servizi.

Intervento ricondotto alla classe sub. n. 12.

### *2.3. Adeguamento norme di sicurezza:*

Interventi volti ad adeguare le strutture della rete distrettuale alla normativa in tema di sicurezza. Intervento ricondotto alla classe sub. n. 11.

### 3. RETE POLIAMBULATORIALE

#### *3.1. Razionalizzazione, riorganizzazione spazi esistenti intra ed extraospedalieri, compreso day hospital diagnostico:*

Interventi di ristrutturazione della rete poliambulatoriale intra ed extra ospedaliera, a sostegno di una maggiore qualificazione dei servizi ed integrazione con l'organizzazione dipartimentale intra ed extra ospedaliera e sperimentazione dell'attività di day hospital diagnostico.

#### *3.2. Attrezzature ed arredi:*

Interventi per l'acquisizione ed il rinnovo delle attrezzature ed arredi della rete poliambulatoriale con forte accento qualitativo a scopo di creare una struttura di filtro per i ricoveri ospedalieri. Intervento ricondotto alla classe sub. n. 12.

#### *3.3. Adeguamento norme di sicurezza:*

Adeguamento delle strutture della rete poliambulatoriale alla normativa vigente in tema di sicurezza.

Intervento ricondotto alla classe sub. n. 11.

### 4. SISTEMA INFORMATIVO

#### *4.1. Completamento piano informatizzazione e potenziamento sistema informatico ed informativo U.L.S.S.*

Completamento del programma avviato con il precedente piano per l'automatizzazione generalizzata nelle UU.LL.SS.SS. di alcune attività di natura indispensabile, nonché sviluppo ed estensione delle procedure automatizzate di primo e secondo livello e sperimentazione di sistemi informativi legati all'attività sanitaria. Costituzione della rete informatica tra ULSS e Regione con il potenziamento e qualificazione dei nodi multizonali.

### 5. RETE IGIENE PUBBLICA

#### *5.1. Potenziamento ed adeguamento P.M.P.:*

##### *5.1.1. Adeguamento, riordino e potenziamento spazi esistenti:*

Interventi per la riorganizzazione, il potenziamento e la qualificazione dei Presidi Multizonali di Prevenzione al fine di migliorare il livello dei servizi e dei compiti previsti dal Piano.

##### *5.1.2. Mantenimento e potenziamento attrezzature ed arredi:*

Interventi indirizzati ad un notevole potenziamento delle strutture della rete per un miglioramento delle attività di igiene di base, profilassi, anti-inquinamento, ecc..

Intervento ricondotto alla classe sub. n. 12.

#### *5.2. Adeguamento a norme di sicurezza:*

Interventi per l'adeguamento delle strutture della rete di igiene pubblica alla normativa vigente in tema di sicurezza.

Intervento ricondotto alla classe sub. n. 11.

## 6. RETE VETERINARIA

### 6.1. *Potenziamento ed adeguamento del Presidio Multizonale Veterinario:*

#### 6.1.1. *Adeguamento, riordino e potenziamento spazi esistenti:*

Interventi per la razionalizzazione, l'adeguamento ed il potenziamento delle strutture veterinarie esistenti. Sono ricompresi gli investimenti per canili nei presidi multizonali.

#### 6.1.2. *Mantenimento e potenziamento attrezzature ed arredi:*

Interventi per il mantenimento ed il potenziamento delle attrezzature e degli arredi della rete per il miglioramento qualitativo dei servizi svolti.

Intervento ricondotto alla classe sub. n. 12.

### 6.2. *Adeguamento norme di sicurezza:*

Interventi per l'adeguamento delle strutture della rete veterinaria alla normativa vigente in tema di sicurezza.

Intervento ricondotto alla classe sub. n. 11.

## 7. ISTITUTO ZOOPROFILATTICO SPERIMENTALE

### 7.1. *Completamento ristrutturazione edilizia:*

Interventi indirizzati al completamento della struttura dell'Istituto Zooprofilattico sperimentale di Padova già avviati, parzialmente, con finanziamenti dei fondi F.I.O..

### 7.2. *Mantenimento e potenziamento attrezzature ed arredi:*

Interventi destinati al mantenimento ed al potenziamento delle attrezzature tecnico-scientifiche e degli arredamenti per il soddisfacimento dell'attività cui l'Istituto è preposto.

Il finanziamento degli obiettivi della presente classe è strettamente correlato alle specifiche assegnazioni sul Fondo Sanitario Nazionale disposte dal C.I.P.E..

## 8. RIORGANIZZAZIONE SERVIZI GENERALI E TERRITORIALI

### 8.1. *Razionalizzazione e riordino dei servizi di lavanderia:*

Interventi indirizzati alla concentrazione e al consorzio dei servizi di lavanderia per eliminare situazioni antieconomiche con bassi livelli di produttività, costituzione di una rete di lavanderie, a livello di poli multizonali, con soglie ottimali di produttività.

#### 8.1.1. *Razionalizzazione e riordino dei servizi di cucina:*

Interventi indirizzati alla concentrazione e alla centralizzazione dei servizi di cucina al fine di raggiungere livelli di efficienza economica laddove essa è carente e per il soddisfacimento di più sedi ospedaliere ed altre comunità. Potenziamento dell'impiantistica a sostegno dello sviluppo di nuove tecnologie.

#### 8.1.2. *Razionalizzazione e riordino dei magazzini, servizi farmaceutici e centri di sterilizzazione:*

Interventi per la razionalizzazione e riordino dei magazzini economici e farmaceutici con forme di concentrazione e interventi nei centri di sterilizzazione per il raggiungimento di una maggiore efficienza economica.

### *8.1.3. Razionalizzazione e riordino sedi ed uffici:*

Interventi per la riorganizzazione, secondo schemi di razionalità delle sedi e degli uffici per il raggiungimento di livelli ottimali di efficienza.

### *8.2 Attrezzature ed arredi dei presidi non ospedalieri:*

Intervento per il completamento e l'usuale rinnovo delle attrezzature tecnico-scientifiche e degli arredi delle strutture extra ospedaliere.

Intervento ricondotto alla classe sub. n. 12.

## 9. REALIZZAZIONE PROGETTI OBIETTIVO

### *9.1. Progetto Obiettivo tutela salute persone anziane:*

#### *9.1.1. Costruzione e riconversione di posti letto per anziani non autosufficienti:*

Interventi per la realizzazione di posti letto per anziani non autosufficienti secondo gli indirizzi individuati dal Piano pluriennale previsto dall'art. 20 della legge 11.3.88, n. 67 (legge finanziaria 1988) attraverso la costruzione di nuovi posti letto nonché il riadeguamento e la riconversione di posti letto per anziani già esistenti.

L'intervento prevede la costruzione di posti letto per anziani non autosufficienti e la riconversione di altri posti letto già esistenti per anziani in posti letto per non autosufficienti, sulla base delle previsioni del Progetto Obiettivo "Tutelare la salute degli anziani".

#### *9.1.2. Riconversione posti letto ospedalieri per anziani:*

Realizzazione di posti letto per anziani attraverso la riconversione ed il recupero di posti letto ospedalieri.

L'intervento prevede finanziamenti per la riconversione di circa 1.500 posti letto ospedalieri attraverso il riutilizzo di spazi edilizi già dismessi o che si renderanno liberi in seguito ai processi di riordino indotti dal presente Piano.

Gli interventi della presente classe di obiettivi sono ricondotti nella classe unitaria sub. n. 1.1; già precedentemente indicata.

#### *9.1.3. Adeguamento norme di sicurezza:*

Interventi per l'adeguamento delle strutture esistenti alla normativa vigente in tema di sicurezza.

L'intervento viene ricondotto alla classe unitaria sub. n. 11.

### *9.2. Progetto Obiettivo tutela salute mentale:*

#### *9.2.1. Riconversione, riqualificazione e riordino delle strutture psichiatriche, nonché potenziamento di strutture per comunità alloggio, centri protetti, day hospital e terapie occupazionali:*

Interventi per la riconversione, riqualificazione e la riorganizzazione delle strutture degli ex ospedali psichiatrici e delle ex case di salute, nonché interventi indirizzati al proseguimento della politica già avviata per la costruzione di strutture per attività alternative al ricovero psichiatrico.

#### *9.2.3. Adeguamento norme di sicurezza:*

Interventi per l'adeguamento delle strutture della rete di igiene pubblica alla normativa vigente in tema di sicurezza.

L'intervento va ricondotto alla classe unitaria sub. n. 11.

### *9.3. Progetto Obiettivo tutela salute disabili:*

#### *9.3.1. Eliminazione barriere architettoniche in strutture sanitarie pubbliche, istituzione e riconversione strutture per disabili gravi:*

Interventi indirizzati all'eliminazione delle barriere architettoniche esistenti, nelle strutture sanitarie pubbliche, nonché interventi per la riconversione e l'istituzione di posti letto per portatori di handicaps gravi.

L'intervento prevede, indicativamente, la costruzione di posti letto per disabili gravi, nonché l'abbattimento delle barriere architettoniche nelle strutture pubbliche in conformità al piano di ricognizione già acquisito con legge regionale 30.5.75, n. 57 secondo le previsioni del Progetto Obiettivo "Prevenire gli handicaps, assistere e recuperare i disabili".

#### *9.3.2. Riconversione posti letto ospedalieri per disabili:*

Interventi volti al recupero di posti letto per disabili attraverso la riconversione di posti letto ospedalieri.

L'intervento prevede, indicativamente, la riconversione di circa 500 posti letto ospedalieri, ricomprendendo in quest'ambito la trasformazione, prevista dal presente Piano, di strutture ospedaliere in aree degenziali per l'accoglimento di soggetti disabili gravi.

L'intervento viene ricondotto alla classe unitaria sub. 1.1; già precedentemente descritta.

#### *9.3.3. Adeguamento norme di sicurezza:*

Interventi per l'adeguamento delle strutture esistenti alla normativa vigente in tema di sicurezza.

L'intervento va ricondotto alla classe unitaria sub. n. 11.

## 10. REALIZZAZIONE AZIONI PROGRAMMATICHE E PROGRAMMI

### *10.1. Tutela salute lavoratori in luoghi di lavoro:*

Interventi per il miglioramento dei sistemi di rilevazione e di verifica della idoneità dei luoghi di lavoro e dei rischi industriali.

### *10.2. Prevenzione e cura malattie neoplastiche:*

Interventi per il miglioramento delle strutture esistenti al fine di sviluppare l'attività di prevenzione e cura delle malattie neoplastiche mediante anche il potenziamento delle attrezzature tecnico-scientifiche.

### *10.3. Attuazione piano emergenze:*

Interventi indirizzati alla creazione di centrali di chiamata, alla sostituzione, rinnovo e potenziamento delle autoambulanze e degli altri supporti per l'emergenza. Completamento e potenziamento rete radio regionale.

### *10.4. Potenziamento attività di prelievo trapianti d'organo:*

Interventi per il miglioramento dell'impiantistica e delle attrezzature tecnico-scientifiche per il potenziamento delle capacità tecniche e prestazionali.

### *10.5. Sviluppo attività di riabilitazione:*

Interventi volti al miglioramento delle strutture esistenti e delle attrezzature, per il potenziamento della risposta sanitaria alle patologie che provocano lesioni invalidanti.

Particolare rilievo viene dato agli interventi per la riqualificazione delle strutture ospedaliere di:

- ULSS n. 26 - Ospedale di Malcesine,
- ULSS n. 33 - Ospedale di Valeggio sul Mincio,
- ULSS n. 35 - Ospedale di Mezzaselva,
- ULSS n. 8/25 - Unità Spinale Integrale.

Già previsti nell'obiettivo 1.2. "razionalizzazione, riordino e potenziamento dei presidi ospedalieri".

Viene ricompreso anche l'intervento per la riqualificazione della struttura dell'ex stabilimento termale di Battaglia Terme, trasferito dall'I.N.P.S..

#### *10.6. Completamento piano sangue:*

Interventi volti alla razionalizzazione della raccolta, distribuzione ed utilizzazione del sangue umano e della produzione di plasma, già avviati con il precedente P.S.S.R. 84/86.

#### *10.7. Prevenzione e cura malattie infettive e A.I.D.S.:*

Attuazione di interventi indirizzati al miglioramento edilizio ed al potenziamento delle attrezzature per la prevenzione e la cura delle malattie infettive e dell'A.I.D.S..

#### *10.8. Tossicodipendenti:*

Attuazione di interventi per strutture di recupero nonché per l'informatizzazione del servizio tossicodipendenti.

### 11. ADEGUAMENTO A NORME DI SICUREZZA

Riconduzione unitaria di tutti gli interventi individuati nelle precedenti aree di settore per l'adeguamento delle strutture alle norme antincendio; alla sicurezza degli impianti e delle centrali tecnologiche, comprese le reti fognarie.

### 12. MANTENIMENTO, AGGIORNAMENTO E POTENZIAMENTO ATTREZZATURE ED ARREDI

Riconduzione unitaria di tutti gli interventi individuati nelle precedenti aree di settore per il rinnovamento ed il potenziamento delle attrezzature tecnico-scientifiche e degli arredi.

### 13. RISERVA

Istituzione di una riserva finanziaria globale per l'eventuale riaggiornamento dei fabbisogni finanziari dei singoli obiettivi nonché per la eventuale integrazione del finanziamento dei progetti ammessi alle operazioni di mutuo previste dall'art. 20 della legge 11.3.88, n. 67 (legge finanziaria 1988), per la parte non assicurata dall'autofinanziamento derivante dall'alienazione dei beni patrimoniali non ad uso sanitario di ciascuna ULSS.

Determinati in questo modo gli obiettivi specifici di piano, seguono le ulteriori fasi metodologiche:

- Definizione del fabbisogno presunto totale di fondi per singolo obiettivo;
- Determinazione dei fondi totali presumibilmente a disposizione per spese in conto capitale per singolo anno del triennio considerato;
- Costruzione di una griglia di raccordo tra fabbisogno presunto totale e fondi realmente a disposizione;

- Definizione delle priorità e delle procedure (costi/benefici, costi/efficacia, indicatori di efficacia/efficienza) da seguire a livello di UU.LL.SS.SS. per accedere ai fondi.

I risultati delle quantificazioni determinati con la suddetta metodologia sono formulati nelle tabelle riportate a fianco di ciascuna delle suindicate fasi.

### III.3.2. Definizione del fabbisogno presunto totale di fondi per singolo obiettivo

La valutazione del fabbisogno presunto totale di fondi per singolo obiettivo viene effettuata sulla base di analisi condotte attraverso la ricognizione delle situazioni esistenti nel territorio regionale, della loro evoluzione prevista dalla programmazione in atto, e dal confronto con indici e standards ricavati dall'esperienza di analisi consolidata in questi anni.

Inoltre si tiene conto dei programmi di investimento nelle attrezzature presentati dalle UU.LL.SS.SS., dei livelli di spesa consolidati nelle singole U.L.S.S. per gli interventi manutentivi, dell'evoluzione tecnologica e scientifica del settore, ecc..

La quantificazione del fabbisogno d'investimento per singolo obiettivo viene peraltro effettuata in relazione ai risultati ricercati per concretizzare le politiche sanitarie del presente piano e tiene conto, per la parte che riguarda gli investimenti in edilizia, dei tempi di progettazione, di appalto e di esecuzione delle opere, pur con il limite dell'arco temporale di due Piani sanitari al fine di garantire un orizzonte temporale ragionevole alle previsioni ed alle progettazioni.

Non si esclude tuttavia la possibilità di riferirsi ad un periodo pluriennale più ampio nel caso, ad esempio, di progettazioni ex novo di interi complessi ospedalieri.

Per i rimanenti obiettivi, la quantificazione fa riferimento alla completa realizzazione del singolo obiettivo nel caso di interventi non ripetibili oppure al fabbisogno standardizzato annuale per il mantenimento di un livello ragionevole di qualificazione del servizio sanitario regionale, quale, ad esempio, il rinnovo ed il potenziamento delle attrezzature tecnologiche, gli arredi, le attrezzature scientifiche, ecc..

Viene prevista la possibilità di rideterminare i fondi dei singoli obiettivi per adeguarne il valore alle eventuali necessità progettuali che dovessero conseguire un positivo parere di analisi di efficienza e di efficacia.

A tal fine concorre anche la riserva complessivamente prevista nel triennio 1989/1991 che potrà anche essere destinata al finanziamento di progetti omessi dall'attuale piano di obiettivi, ma che per la loro validità o necessità dovessero apparire altamente convenienti o indispensabili.

La seguente "tabella I" presenta la sintesi della valutazione del fabbisogno presunto di presidi per ciascun obiettivo:

TABELLA I: Valutazione del fabbisogno presunto di fondi per ciascun obiettivo (in milioni di lire)

	OBIETTIVI:	FABBISOGNO COMPLESSIVO			
		I° triennio	II° triennio	III° triennio	Totale
1.	RETE OSPEDALIERA				
1.1	Riconversione di strutture ospedaliere per anziani disabili	45.000	45.000	45.000	135.000
1.2	Razionalizzazione, riordino e potenziamento presidi ospedalieri	470.300	433.000	426.675	1.329.975
1.3	Interventi manutenzione straordinaria	70.000	50.000	30.000	150.000
1.4	Potenziamento attività day hospital dipartimento ed aree omogenee e miglioramento ricettività alberghiera a pagamento	15.000	10.000	5.000	30.000
1.5	Adeguamento a norme antincendio sicurezza impianti, servizi tecnologici (cfr. sub 11)	* 65.000	65.000		
1.6	Mantenimento ed aggiornamento attrezzature e arredi:				
1.6.1	Mantenimento, aggiornamento e potenziamento attrezzature tecnico-scientifiche e arredi (cfr. sub 12)	* 230.000	240.000	250.000	
1.6.2	Attrezzature ed arredi in strutture ospedaliere già completate per la parte edilizia (cfr. sub 12)	* 50.000	60.000	70.000	
2.	RETE DISTRETTUALE:				
2.1	Riorganizzazione e completamento rete distrettuale e razionalizzazione spazi esistenti	10.000	10.000	5.000	25.000
2.2	Adeguamento norme di sicurezza (cfr. sub 11)	* 3.000	3.000		
2.3	Mantenimento e potenziamento attrezzature e arredi (cfr. sub 12)	* 3.000	3.000	3.000	
3.	RETE POLIAMBULATORIALE:				
3.1	Razionalizzazione e riorganizzazione spazi esistenti intra ed extra ospedalieri compreso day hospital diagnostico	12.000	10.000	5.000	27.000
3.2	Adeguamento norme di sicurezza (cfr. sub 11)	* 8.000	8.000		
3.3	Mantenimento e potenziamento attrezzature e arredi (cfr. sub 12)	* 10.000	10.000	10.000	

TABELLA I: Valutazione del fabbisogno presunto di fondi per ciascun obiettivo

(in milioni di lire)

	OBIETTIVI:	FABBISOGNO COMPLESSIVO			
		I° triennio	II° triennio	III° triennio	Totale
4.	<b>SISTEMA INFORMATIVO:</b>				
4.1	Completamento piano informatizzazione e potenziamento sistema informatico e informativo ULSS	25.000	15.000	15.000	55.000
5.	<b>RETE IGIENE PUBBLICA:</b>				
5.1.1	Adeguamento riordino e potenziamento spazi esistenti p.m.p.	12.000	11.000	9.000	32.000
5.2	Adeguamento norme di sicurezza (cfr. sub 11)	* 1.000			
5.3	Mantenimento e potenziamento attrezzature ed arredi (cfr. sub 12)	* 8.000	8.000	8.000	
6.	<b>RETE VETERINARIA:</b>				
6.1.1	Adeguamento e riordino e potenziamento spazi esistenti p.m.v.	6.000	5.000	4.000	15.000
6.2	Adeguamento norme di sicurezza (cfr. sub 11)	* 1.000			
6.3	Mantenimento e potenziamento attrezzature ed arredi (cfr. sub 12)	* 3.000	3.000	3.000	
7.	<b>ISTITUTO ZOOPROFILATICO SPERIMENTALE:</b>				
7.1	Completamento ristrutturazione edilizia	30.000	10.000		40.000
7.2	Mantenimento e potenziamento attrezzature ed arredi	7.500	7.500	7.500	22.500
8.	<b>RIORGANIZZAZIONE SERVIZI GENERALI E TERRITORIALE:</b>				
8.1	Razionalizzazione, riordino e potenziamento dei servizi di lavanderia, di cucina, dei magazzini generali e farmaceutici, dei centri di sterilizzazione, degli uffici e delle sedi amministrative	70.000	70.000	70.000	210.000
8.2	Mantenimento e potenziamento attrezzature ed arredi presidi e servizi non ospedalieri	* 24.000	24.000	24.000	

TABELLA I: Valutazione del fabbisogno presunto di fondi per ciascun obiettivo

(in milioni di lire)

	OBIETTIVI:	FABBISOGNO COMPLESSIVO			
		I° triennio	II° triennio	III° triennio	Totale
9.	REALIZZAZIONE PROGETTI OBIETTIVO:				
9.1	Progetto obiettivo tutela salute persone anziane:				
9.1.1	Costruzione e riconversione di posti letto per anziani non autosufficienti	p.m.			
9.1.2	Riconversione posti letto ospedalieri per anziani non autosufficienti (cfr. sub 1.2)	* 30.000	30.000	30.000	
9.1.3	Adeguamento norme di sicurezza (cfr. sub 11)	* 5.000	5.000		
9.2	Progetto obiettivo tutela salute mentale:				
9.2.1	Riconversione, riqualificazione e riordino strutture psichiatriche nonché potenziamento comunità alloggio, centri protetti, day hospital e strutture occupazionali	50.000	40.000	10.000	100.000
9.2.2	Adeguamento norme di sicurezza (cfr. sub 11)	* 10.000	10.000		
9.3	Progetto obiettivo tutela salute disabili:				
9.3.1	Eliminazione barriere architettoniche in strutture sanitarie pubbliche, istituzione e riconversione strutture per disabili	p.m.			
9.3.2	Riconversione posti letto ospedalieri per disabili (cfr. sub 1.2)	* 15.000	15.000	15.000	
9.3.3	Adeguamento norme di sicurezza (cfr. sub 11)	* 5.000	5.000		

TABELLA I: Valutazione del fabbisogno presunto di fondi per ciascun obiettivo

(in milioni di lire)

	OBIETTIVI:	FABBISOGNO COMPLESSIVO			
		I° triennio	II° triennio	III° triennio	Totale
10	REALIZZAZIONE PROGRAMMI E AZIONI PROGRAMMATICHE:				
10.1	Tutela salute lavoratori nei luoghi di lavoro	3.700			
10.2	Prevenzione e cura malattie neoplastiche	20.000			
10.3	Attuazione piano emergenze	7.000			
10.4	Potenziamento attività trapianti di organo	10.000	50.000	50.000	201.700
10.5	Sviluppo attività riabilitazione	25.000			
10.6	Completamento piano sangue	3.000			
10.7	Prevenzione e cura malattie infettive e AIDS	30.000			
10.8	Tossicodipendenti	3.000			
11.	ADEGUAMENTO A NORME DI SICUREZZA	98.000	96.000		194.000
12.	MANTENIMENTO, AGGIORNAMENTO E POTENZIAMENTO ATTREZZATURE ED ARREDI	328.000	348.000	368.000	1.044.000
13.	RISERVA TECNICA PER AGGIORNAMENTO EVENTUALE FABBISOGNO SINGOLI OBIETTIVI	30.000	40.000	50.000	120.000
	Totale escluso edilizia ospedaliera	910.200	817.500	673.500	2.401.200
	<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>1.380.500</b>	<b>1.250.500</b>	<b>1.100.175</b>	<b>3.731.175</b>

\* Gli importi corrispondenti alle voci in minuscolo sono riaccorpate dell'obiettivo unitario richiamato tra parentesi e rappresentano il dettaglio dell'obiettivo stesso nella funzione settoriale.

Nota: E' consentita la revisione del fabbisogno previsto di fondi per ciascun obiettivo, attraverso riparametrazioni, per consentire l'inserimento di progettazioni che dovessero conseguire un positivo parere di analisi, di efficienza e di efficacia o che, per la loro validità e necessità, dovessero apparire altamente convenienti od indispensabili.

### III 3.3. Valutazione dei fondi globali a disposizione

La individuazione delle risorse disponibili per investimenti risente di un quadro nazionale non ancora definito, al momento solo ipotizzabile, sulla scorta degli atti e dei documenti disponibili.

Tali riferimenti sono:

1. Lo stanziamento nel bilancio dello Stato per l'anno 1989 e per il biennio successivo per il F.S.N. in conto capitale, approvato con la legge 24.12.88, n. 541 (legge finanziaria 1989) rispettivamente in 1.917 miliardi, in 2.062 miliardi e in 2.181 miliardi;
2. Le risorse derivanti dalle assegnazioni già effettuate nel passato per quote del F.S.N. in conto capitale e non impegnate contabilmente nel bilancio della regione entro l'esercizio 1987, pari a complessive 18 miliardi 278 milioni;
3. Le risorse derivanti da annualità fissate da precedenti legislazioni nazionali (art. 9 legge 16.5.70, n. 281) per l'importo costante di 3.458 milioni e destinate alla ristrutturazione edilizia ospedaliera e psichiatrica;
4. La deliberazione del C.I.P.E. di ripartizione dello stanziamento 1989 del F.S.N. in conto capitale, adottata il 20.3.1989, su proposta del Ministero della sanità e sentito il Consiglio Sanitario Nazionale;
5. La presunta quota di accesso al piano decennale avviato con l'art. 20 della legge 11.3.88 n. 67 (legge finanziaria 1988) che per il primo triennio 1989/ 1991 vede impegnati 10.000 miliardi (rispettivamente 3.000, 3.500 e 3.500 miliardi di lire) e nel secondo periodo altri 20.000 miliardi destinati ad investimenti di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e per la realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti, in attesa delle decretazioni ministeriali di attuazione e definizione dei vincoli, standard e criteri di ripartizione.

Tali risorse saranno acquisite secondo le modalità e le procedure della legge 67/88 con operazioni di mutuo con la B.E.I., con la Cassa Depositi e Prestiti e con gli Istituti e le aziende di Credito all'uopo abilitati e il cui onere di ammortamento sarà assunto a carico del Bilancio dello Stato;

6. Le risorse derivanti dall'attuazione dei progetti obiettivo, delle azioni programmatiche e dei programmi, definiti dal presente piano sanitario e dalle indicazioni di ripartizione nazionale di analoghe quote del F.S.N. in conto capitale all'uopo destinate;
7. Le disponibilità derivanti dalle entrate proprie direttamente acquisite dalle ULSS per attività a pagamento ecc. per la parte destinata ad investimenti, a partire dall'anno 1990, in quanto per il 1989 tale facoltà è stata per legge sospesa;
8. Le disponibilità derivanti dalle trasformazioni ed alienazioni del patrimonio ad uso non sanitario proveniente da disciolti enti ospedalieri, enti mutualistici e gestioni sanitarie soppressi, ai sensi degli artt. 65 e 66 della legge 23.12.87 n. 833.
9. Le eventuali ulteriori disponibilità finanziarie assicurate dallo Stato o da altre amministrazioni pubbliche nonché da ulteriori assegnazioni vincolate, la cui acquisizione sarà definita di volta in volta.

La "tabella II" che segue individua le presunte risorse globali disponibili del triennio 1989/1991.

TABELLA II: VALUTAZIONE DELLE RISORSE GLOBALI DISPONIBILI PER INVESTIMENTI (in milioni di lire)

pag. 159

FONTI	Primo Triennio			Secondo Triennio			Terzo Triennio			Totale
	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	
Quota FSN c/capitale ordinario	163.637	154.284	154.284	154.284	154.284	154.284	154.284	154.284	154.284	1.397.909
Quota FSN c/capitale per IZS	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	2.500	22.500
Quota FSN c/capitale proveniente da assegnazioni progressive non impegnate	18.278									18.278
Art. 9 legge 15.5.70, n. 281	3.458	3.458	3.458	3.458	3.458	3.458	3.458	3.458	3.458	31.122
Piano pluriennale art. 20 legge 67/88 stima riparto 50/50 Nord/Sud (*)	320.000	160.000	160.000	160.000	160.000	160.000	160.000	160.000	160.000	1.600.000
Quota FSN c/capitale per progetti obiettivo e azioni programmatiche, ovvero analoghi incrementi FSN anni futuri	9.000	11.000	13.000	15.000	17.000	19.000	21.000	23.000	25.000	153.000
Entrate proprie ULSS trattenute per autoinvestimenti	sospeso	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	30.000	240.000
Autofinanziamento diretto ULSS per alienazioni patrimoniali	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
Altre entrate per investimenti derivanti da specifiche normative nazionali o assegnazioni finalizzate:										
1. legge speciale per Venezia art. 5 (legge 798/84, D.M. Tesoro 14.4.87)	5.000	5.000	5.000							15.000
<b>Totale complessivo per anno</b>	<b>521.873</b>	<b>366.242</b>	<b>368.242</b>	<b>365.242</b>	<b>367.242</b>	<b>369.242</b>	<b>371.242</b>	<b>373.242</b>	<b>375.242</b>	<b>3.477.809</b>
<b>Totale complessivo per triennio</b>	<b>1.255.357</b>			<b>1.351.726</b>			<b>1.719.726</b>			

(\*) Esclusa la quota relativa all'area socio-assistenziale (anziani/disabili) per la parte non connessa alla riconversione di ospedali infrastrutture per anziani non autosufficienti e disabili e valutata complessivamente a 200 miliardi nel decennio.

Inoltre nel 1989 è prevista anche la quota relativa all'anno 1988 già maturata.

### III.3.4. Costruzione di una griglia di raccordo tra fabbisogno presunto totale e fondi realmente a disposizione

La griglia di raccordo tra fabbisogno presunto totale per ciascun obiettivo e i fondi realmente o presuntivamente a disposizione per il triennio 1989-1991, viene espressa in valori percentuali di raggiungimento previsti per ciascun obiettivo determinati sulla scorta delle effettive disponibilità finanziarie, dello stato di progettazione e dei tempi necessari di realizzo ed evidenzia le priorità di realizzo dei vari obiettivi secondo le scelte del Piano.

Inoltre il raccordo tra fondi disponibili e singoli obiettivi rappresenta la destinazione/utilizzo delle varie fonti di finanziamento, soggetta ad adeguamento in relazione all'attuazione della legge 11.3.1988, n. 67.

Infine le disponibilità derivanti da alienazioni del patrimonio ad uso non più sanitario operate direttamente dalle ULSS sono previste per memoria anche se il loro realizzo e reimpiego consentirà di completare ulteriormente la realizzazione dei vari progetti per una quota non certamente indifferente sia in valori assoluti che percentuali.

Le disponibilità valutate nel triennio 1989/1991 ammontano a complessive 1.256.357 milioni di lire, mentre i fabbisogni presunti ammontano a 1.373.500 milioni di lire: la differenza di 117.143 milioni di lire appare ancora ragionevole e percorribile tenuto conto dell'ammontare che sarà effettivamente assegnato alla Regione Veneto col riparto dei fondi del Piano pluriennale dell'art. 20 della legge 67/88 c, in subordine, assicurato dalle disponibilità derivanti dall'impiego delle alienazioni patrimoniali con vincolo di destinazione provenienti dai disciolti enti ospedalieri ecc. ad uso non sanitario.

La "tabella III" che segue indica la griglia di raccordo, in percentuale di collocazione, tra fabbisogni finanziari per obiettivo e risorse disponibili presunti.

GRIGLIA DI RACCORDO TRA FABBISOGNI FINANZIARI PER OBIETTIVO E RISORSE DISPONIBILI (in percentuale di allocazione)

pag. 161

OBIETTIVI	3.1	1.2	1.3	1.5	1.6	3.1	3.2	4.1	5.1.1	6.1	7.1	7.2	8	9.1.1	9.2.1	9.3.1	10.1	10.2	10.3	10.4	10.5	10.6	10.7	10.8	11	12	13	14
F.S.R. c/esp.	—	18,61	71,43	13,31	—	10,00	25,00	100,00	25,00	23,22	—	100,00	64,29	—	30,00	—	20,00	60,00	71,43	20,00	28,00	33,33	60,00	31,33	—	48,78	100,00	34,73
F.S.R. c/esp. arretr.	—	3,89	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,32
Legge 30/1/79	—	2,21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	0,75
Legge Financ. 1986, art. 20	100,00	33,37	28,57	86,67	—	90,00	75,00	—	75,00	66,67	100,00	—	35,71	—	80,00	—	—	60,00	—	—	—	—	—	—	100,00	21,95	—	46,36
F.S.R. c/esp. attuaz. PSN	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2,39
Entrate dirette ULSS	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4,35
Alienazioni patrimoniali	—	18,74	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	8,99
Finanz. speciali	—	3,19	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1,09
Totale del finanziamento previsto per singolo obiettivo	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	(*)	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(\*) Area socio-assistenziale

Fonti delle risorse - classi:

1. Rete ospedaliere: 1.1 - 1.2 - 1.3 - 1.4
2. Rete distrettuale: 2.1
3. Rete poliambulatoriale: 3.1
4. Sistema informativo: 4.1
5. Rete igiene pubblica: 5.1.1
6. Rete veterinaria: 6.1
7. Istituto zooprofilattico sperimentale: 7.1 - 7.2
8. Riorganizzazione servizi generali e territoriali: 8
9. Realizzazione progetti obiettivi: 9.1.1 - 9.2.1 - 9.3.1
10. Realizzazione azioni programmatiche programmi e progetti: 10.1 - 10.2 - 10.3 - 10.4 - 10.5 - 10.6 - 10.7 - 10.8
11. Adeguamento a norme di sicurezza: 11
12. Mantenimento, aggiornamento e potenziamento attrezzature ed aree: 12
13. Riserva tecnica per aggiornamento eventuale fabbisogno singoli obiettivi: 13

### III.3.5. Definizione delle priorità e delle procedure (costi/benefici, costi/efficacia, indicatori di efficacia/efficienza) da seguire a livello di ULSS per accedere ai fondi

La definizione delle priorità e delle procedure da seguire per il raggiungimento degli obiettivi precedentemente fissati viene a coinvolgere sia le ULSS che la Regione.

Il primo passo dovrà essere l'introduzione a livello di ULSS dell'uso corrente di indicatori di attività, di struttura, di processo, di risultato.

Gli indicatori di attività selezionati dovranno essere:

- specifici, cioè dovranno avere un'alta probabilità che un valore atipico sia causato da un rendimento povero;
- sensibili, cioè dovranno essere in grado di rilevare anche piccole variazioni.

Il secondo passo sarà l'uso di routine di una procedura per paragonare progetti diversi e selezionare quelli preferiti.

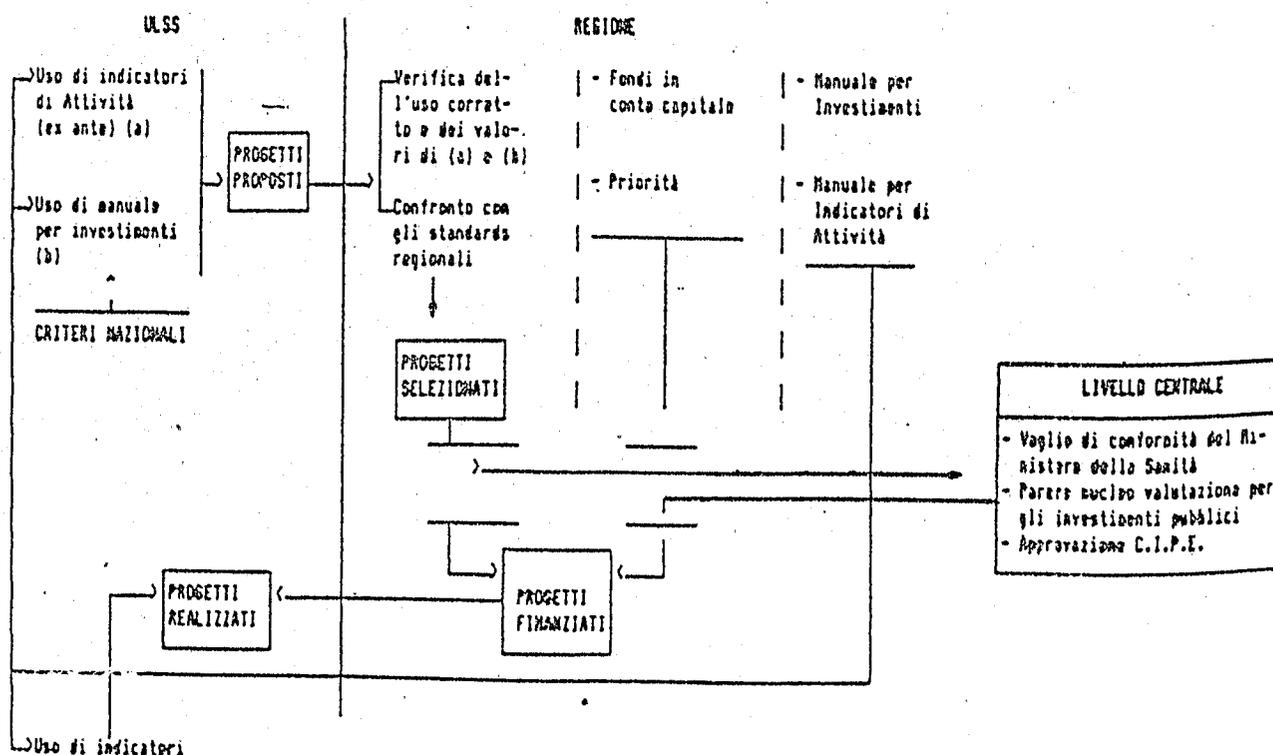
Per mezzo di indicatori di attività, della valutazione delle alternative tra i progetti esaminati, nel rispetto delle politiche e dei vincoli del presente Piano, le ULSS dovranno presentare alla Regione una lista di proposte oggetto.

La Giunta Regionale, analizzando il processo di valutazione adottato da ogni singola ULSS per proporre i progetti, procederà alla selezione ed al finanziamento degli stessi.

Le suindicate fasi di selezione degli indicatori, della valutazione delle alternative tra vari interventi e della progettazione attuativa, dovranno tenere conto anche dei criteri generali e degli aspetti tecnico sanitari previsti dalla emananda decretazione di attuazione dell'art. 20 della legge 11.3.88 n. 67 (legge finanziaria 1988).

La metodologia applicativa può essere sintetizzata nel seguente schema procedurale:

#### PROCESSO DI VALUTAZIONE DEI PROGETTI IN CONTO CAPITALE IN SANITA'



Emergono, quindi, quattro fasi nodali relative alla:

- proposizione dei progetti;
- selezione dei progetti;
- finanziamento dei progetti;
- realizzazione dei progetti.

La prima fase richiede, da un punto di vista operativo, la costituzione di un gruppo di lavoro interno alla ULSS.

Tale gruppo dovrebbe utilizzare due strumenti fondamentali:

- un manuale di valutazione degli investimenti;
- una serie di indicatori di attività costruiti ad hoc.

La Giunta Regionale definirà gli indicatori sanitari per la Regione del Veneto e l'emanazione del manuale degli investimenti, ovvero, nelle more, apposita modulistica, reports, ecc..

L'uso degli indicatori in questo stadio del processo di valutazione serve da un lato ad evidenziare in modo preciso i bisogni locali sia in termini di domanda che di economicità di prestazioni, dall'altro a fissare degli standards minimi e massimi ai quali le strutture locali devono essere adeguate.

Per quanto riguarda gli investimenti, è necessario introdurre, in primis, degli indicatori differenziati per tipologia di investimento, individuabili nelle seguenti classi: edilizia, attrezzature, mobili ed arredi; in secondo luogo, individuare indicatori specifici per le aree di investimento definite sugli obiettivi di piano.

In attesa della definitiva individuazione degli indicatori scelti si dovranno utilizzare i seguenti indicatori:

Tipologia di indicatori	Indicatori
<b>EDILIZIA</b>	
Indicatori di risorse:	— m.cubi e m.quadri disponibili per servizio ed in totale da confrontare con gli standards minimi di superficie e cubatura
Indicatori di costo:	— costo attuale immobili impianti fissi
Indicatori di qualità:	— età e stato di degrado degli immobili accessibilità delle strutture
Indicatori di efficienza:	— energia termica per unità energia elettrica per unità
<b>ATTREZZATURE</b>	
Indicatori di risorse:	— n. di macchinari disponibili per tipologia e capacità
Indicatori di attività:	— quantità di servizi forniti per macchinario
Indicatori di costo:	— costo dei macchinari

(segue:)

Tipologia di indicatori	Indicatori
Indicatori di produttività:	<ul style="list-style-type: none"> <li>— n. di esami laboratorio/ore utilizzo impianti</li> <li>— n. esami radiologici/ore utilizzo impianti</li> <li>— n. di interventi chirurgici/ore utilizzo sale operatorie</li> <li>— kg. biancheria lavata/ ore funzionamento impianti lavanderia</li> </ul>
Indicatori di qualità:	<ul style="list-style-type: none"> <li>— durata media liste di attesa per esami particolari</li> <li>— percentuale di errore nelle diagnosi</li> <li>— età e stato di funzionamento dei macchinari</li> </ul>
Standards di riferimento:	<ul style="list-style-type: none"> <li>— tasso di utilizzo degli impianti</li> <li>— livelli minimi di attività per l'introduzione di impianti particolari</li> </ul>
Indicatori di efficienza:	<ul style="list-style-type: none"> <li>— scostamento dei valori standard</li> <li>— variazione di costo unitario per prestazione</li> <li>— variazione del costo totale per prestazione</li> </ul>
<b>MOBILI ED ARREDI</b>	
Indicatori di risorse:	<ul style="list-style-type: none"> <li>— n. mobili/arredi disponibili per tipologia</li> </ul>
Indicatori di costo:	<ul style="list-style-type: none"> <li>— costo dei mobili/arredi per tipologia</li> </ul>
Indicatori di qualità:	<ul style="list-style-type: none"> <li>— età e stato di conservazione dei mobili/arredi</li> </ul>
Standards di riferimento:	<ul style="list-style-type: none"> <li>— dotazione min/max di mobili/arredi e per mq. e mc.</li> <li>— dotazione min/max di mobili/arredi in rapporto al personale</li> <li>— dotazione min/max di mobili/arredi in rapporto agli utenti</li> </ul>

A questo gruppo di indicatori se ne possono aggiungere altri relativi a particolari politiche sanitarie, quali:

#### Tutela salute degli anziani

- Alloggi disponibili per anziani in edilizia pubblica residenziale;
- Posti letto in residenze protette per 1000 abitanti;
- Richieste di inserimento in residenze assistenziali e residenze protette/popolazione superiore a 60 anni;
- Posti letto adibiti a day-hospital per 100 abitanti;
- Tasso di ospedalizzazione della popolazione anziana;
- Mortalità entro il primo anno di ricovero in residenze assistenziali e residenze protette.

#### Tutela Salute Mentale

- Soggetti ricoverati in Ospedali psichiatrici;
- Soggetti ricoverati in regime di comunità - ospiti/tot. sogg. ricoverati in OP.;
- Comunità alloggio per 10.000 abitanti.

**Tutela dei Disabili**

- Alloggi disponibili per soggetti portatori di Handicap in edilizia pubblica residenziale;
- Posti letto in residenze protette per 10.000 abitanti;
- Centri per il recupero funzionale per 10.000 abitanti;
- Tasso di eliminazione barriere architettoniche.
  - Es.: servizi igienici adeguati/servizi igienici tot.;
  - cabine telefoniche adeguate/cabine telefoniche tot.;
  - n. marciapiedi, corridoi ecc. adeguati/n. tot. marciapiedi, corridoi, ecc..

**Altri indicatori**

- Posti letto adibiti a day-hospital per 10.000 abitanti;
- Ambulanze per 10.000 abitanti;
- Interventi urgenti di ambulanze per 10.000 abitanti;
- Astanterie/n. Pronto Soccorsi;
- Posti letto in astanteria;
- Degenza media ricoverati in astanteria per accertamenti.

La seconda fase nodale di selezione dei progetti richiede la distinzione tra le proposte di investimento in attrezzature e quelle per l'edilizia sanitaria.

In merito alle prime, la circolare n. 22 dell'8.4.87 prevede che le proposte di acquisto delle attrezzature, che possono trovare copertura direttamente nelle disponibilità del bilancio della ULSS, vengano approvate all'interno della ULSS stessa e successivamente finanziate; i piani di investimento dovranno essere comunque comunicati alla G.R..

Per la parte di richieste di attrezzature che non trova copertura nel bilancio della ULSS, così come per le richieste di fondi per l'edilizia, è invece la Regione direttamente competente alla concessione del finanziamento.

La Giunta Regionale procederà alla selezione ed al finanziamento dei progetti secondo priorità che terranno conto della correttezza utilizzata nel formulare il progetto, della significatività dei dati e degli indicatori presentati, della consistenza del rapporto costi/risultati di ogni singolo progetto e della sua conformità al presente Piano, nonché dell'apporto dell'autofinanziamento da alienazione di beni patrimoniali ad uso non sanitario propri di ciascuna ULSS.

Successivamente i progetti di edilizia sanitaria dovranno sostenere l'esame tecnico della Commissione Tecnica Regionale (art. 25 della L.R. 16.8.1984, n. 42) ed essere poi attuati e finanziati mediante le procedure regionali vigenti.

Speciali procedure integrative dovranno essere messe a punto per adeguarsi e rispondere alle esigenze previste dalla legge 11.3.88, n. 67 (legge finanziaria 1988) per l'attuazione del Piano pluriennale degli investimenti, tra cui i rapporti ULSS/Regione/Stato e per la contrazione dei mutui con la BEI, gli Istituti di Previdenza, gli altri Istituti Bancari, ecc..

## PARTE IV

### LE AZIONI STRUMENTALI

#### IV.1. EDUCAZIONE ALLA SALUTE

Negli ultimi decenni il concetto di salute ha subito una profonda evoluzione sino a significare non solo assenza di malattia, ma stato di benessere fisico, psichico e sociale.

La normativa vigente ha sostanzialmente recepito questi valori: da un lato la legge n. 833 del 1978 ha posto quali obiettivi fondamentali del Servizio Sanitario nazionale la promozione e il mantenimento della salute fisica e psichica della popolazione, dall'altro, varie leggi regionali hanno affidato alle ULSS importanti competenze in campo sociale.

Si rende necessario quindi privilegiare una medicina che dia maggiore importanza alla prevenzione e che tenda a sviluppare nell'individuo e nella collettività la consapevolezza di non doversi limitare al ruolo di utenti passivi dei servizi pubblici, ma di dover intervenire attivamente nel perseguire il proprio stato di benessere fisico, psichico e sociale.

Strumento essenziale per raggiungere questi obiettivi è l'educazione alla salute, che rappresenta un compito istituzionale dell'ULSS e deve essere espletata dal personale dipendente che opera quotidianamente a contatto con la popolazione, specie a livello dei distretti, si deve quindi, ove possibile, evitare il coinvolgimento di specialisti, ai quali si potranno eventualmente affidare tematiche di particolare rilievo che necessitino di competenze specifiche e altamente qualificate.

Il compito degli operatori dell'ULSS dovrà essere finalizzato alla prevenzione primaria, e dovrà principalmente mirare, anche in rapporto al radicale mutamento delle patologie prevalenti nelle società più avanzate, sempre più spesso ad eziologia multifattoriale e di origine ambientale e/o comportamentale, a diffondere un'adeguata conoscenza dei fattori che possono causare l'insorgenza di malattie e a suscitare atteggiamento favorevoli a promuovere e mantenere la salute.

L'attività educativa dell'ULSS sarà diretta principalmente ai singoli cittadini, nel corso del loro apporto diretto con i servizi, o a gruppi omogenei di persone individuali in relazione all'esposizione ai vari fattori di rischio o ad altre caratteristiche, come età, sesso, professione, residenza, ecc..

Risultati ottimali al riguardo possono essere conseguiti riservando particolare attenzione alle classi di età maggiormente recettive nei confronti dei messaggi educativi, e cioè ai giovani che frequentano la scuola.

Occorre quindi pianificare un'attività collaborativa sistematica e integrata tra ULSS e scuola, e ciò almeno sino a quando quest'ultima, mediante la formazione di un corpo docente adeguatamente preparato nel corso degli studi, possa provvedere con sufficiente autonomia ad un compito di educazione globale dei giovani.

Allo scopo saranno messi a punto protocolli di collaborazione con le competenti Autorità scolastiche per la specifica realizzazione degli interventi.

In questa favorevole evenienza, l'opera di aggiornamento e sensibilizzazione condotto dall'ULSS nei riguardi delle età più adulte potrà avere migliori profitti.

Qualora i dati epidemiologici evidenzino rilevanti e/o peculiari situazioni di carenza o di rischio locali, l'ULSS formulerà precisi programmi di intervento per soddisfare le esigenze espresse.

La Regione, nell'ambito delle proprie competenze, si riserva di effettuare, anche su base campionaria, e in itinere o a conclusione degli interventi, una verifica in relazione a:

- congruità degli obiettivi rispetto al programma realizzato;
- preparazione e disponibilità all'impegno degli operatori;
- modalità di conduzione degli interventi;
- qualità dei messaggi forniti, processo di assimilazione dei medesimi, grado di diffusione e penetrazione;
- utilizzo delle risorse disponibili.

La Regione inoltre, in relazione ai propri compiti di indirizzo e programmazione, elabora specifici piani di educazione alla salute a livello regionale, con particolare riferimento ai seguenti temi:

- igiene pubblica e dell'ambiente;
- prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- prevenzione delle malattie infettive (specie AIDS ed epatiti virali);
- prevenzione dell'alcolismo e della droga;
- prevenzione del tabagismo;
- prevenzione dell'handicap;
- prevenzione della carie dentaria;
- corretto uso dei farmaci;
- corretta nutrizione e prevenzione dell'obesità;
- farmaci, attività sportive e salute;
- ipertensione e cardiopatie;
- diabete;
- epilessia;
- incidenti in età pediatrica e in ambiente familiare;
- neoplasie;
- informazioni sulla situazione socio-sanitaria della comunità.

La Giunta Regionale può realizzare interventi operativi mirati di educazione alla salute anche mediante apposite convenzioni con strutture universitarie.

#### IV.1.1. Risorse

Per realizzare l'azione strumentale: "EDUCAZIONE ALLA SALUTE" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
6.000	7.000	8.000	21.000

Le ULSS, per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese correnti.

La Giunta Regionale nella valutazione dei programmi svolgerà un ruolo di integrazione e coordinamento, al fine di evitare interventi ripetitivi ed inutili.

## IV.2. RICERCA SANITARIA FINALIZZATA

I finanziamenti erogati durante il quadriennio 1984/87 sotto questo titolo (ricerca sanitaria finalizzata) hanno concorso ad integrare in modo non irrilevante le risorse disponibili per il raggiungimento delle finalità del Piano Regionale socio sanitario.

Ai suddetti finanziamenti hanno potuto attingere sia ricercatori operanti in pubbliche istituzioni (facoltà di medicina o altre facoltà universitarie venete e non, ULSS venete, istituzioni private di ricerca) presentando progetti finalizzati agli obiettivi del piano.

In linea di massima non si sono pertanto finanziate ricerche di base, ma soltanto ricerche i cui risultati potessero, almeno in via teorica, avere delle ricadute sull'efficienza e/o sull'efficacia del servizio socio sanitario regionale, si sono così privilegiate le ricerche applicate, scegliendo tra queste quelle che non richiedevano l'acquisto di consistenti nuove attrezzature, in quanto per questo provvedeva un altro capitolo della spesa sanitaria regionale.

In concreto la maggior parte delle somme ha avuto quale destinatario il personale docente delle due Università di Padova e di Verona, ulteriore tangibile prova della validità del rapporto convenzionale stipulato nel 1984 tra Regione Veneto da un lato e gli Atenei di Padova e di Verona dall'altro.

Attenzione particolare si è posta inoltre per incoraggiare o promuovere la fusione di più ricerche quando queste avessero lo stesso scopo e identica metodologia, cogliendo così come risultato indiretto il coordinamento di più gruppi di lavoro operanti nella Regione.

Nel prossimo triennio permane l'obiettivo già fissato nel piano precedente, di acquisire "conoscenze operative" immediatamente utilizzabili per il miglioramento del Servizio Sanitario a livello regionale. I campi di intervento da privilegiare riguardano l'area manageriale e organizzativa, amministrativa, finanziaria e l'area tecnico sanitaria, quella della ricerca epidemiologica e della ricerca biomedica.

I criteri di scelta saranno più rigorosi, e si appoggeranno su un regolamento attualmente all'esame della Giunta Regionale ed elaborato con queste finalità:

- a) accertamento delle competenze degli aspiranti e del loro gruppo di ricerca attraverso l'indicazione di precedenti pubblicazioni;
- b) valutazione della congruità e della fattibilità dei progetti presentati;
- c) analisi quantitativa e qualitativa delle voci di spesa;
- d) possibilità di utilizzare le attrezzature necessarie alla ricerca.

Il regolamento inoltre impegnerà l'Assessorato:

- a) ad erogare i fondi con scadenze tempestive una volta approvato il progetto di ricerca;
- b) ad ottenere i risultati prima di procedere ad ulteriori finanziamenti.

Si ritiene inoltre utile prevedere e predisporre l'inserimento di tutti i singoli finanziamenti nell'anagrafe nazionale della ricerca curata dal CNR onde consentire ai due enti - CNR da un lato e Regione Veneto dall'altro - di ottenere una conoscenza ben documentata di tutti i destinatari e del motivo per il quale godono del supporto finanziario.

#### IV.2.1. Risorse

Per realizzare l'azione strumentale: "RICERCA SANITARIA FINALIZZATA" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
7.000	8.000	8.000	23.000

Le ULSS, per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese correnti.

#### IV.3. IL SISTEMA INFORMATIVO REGIONALE VENETO

La Regione Veneto si è proposta l'obiettivo di creare un sistema informativo che, pur nel rispetto delle specifiche competenze ed esigenze delle proprie strutture e degli enti interagenti, risulti coordinato ed unitario.

Di conseguenza la Regione Veneto è dotata di un sistema informativo (SIRV), calato su una rete geografica per la trasmissione delle informazioni che costituisce la struttura portante di tutta l'informatica connessa con l'attività.

In questo quadro si prevede lo sviluppo del sistema informativo sanitario che trova supporto nel processo di automazione ed informatizzazione che si sta realizzando (SIRV-SANITA').

##### IV.3.1. Lo sviluppo del Sistema Informativo Regionale Veneto Sanitario (SIRV-SANITA')

L'intervento della Regione in questo campo, ha come obiettivi:

- la realizzazione di un idoneo sistema informativo per la programmazione, la gestione ed il controllo di efficacia e di efficienza del settore sanitario nel suo complesso nonché della qualità dei servizi erogati;
- il raccordo dei sistemi informativi sanitari locali dal punto di vista, informatico e telematico con il sistema informativo regionale e di questo con le iniziative connesse alla realizzazione della rete telematica nazionale;
- lo sviluppo a livello locale di unità organizzative del sistema informativo;
- il potenziamento dell'utilizzo nelle ULSS di tecnologie informatiche e telematiche per la realizzazione di tale sistema.

##### IV.3.2. Sistema Informativo di Governo

Lo sviluppo di un idoneo sistema informativo di governo, finalizzato alle esigenze nazionali, regionali e locali, verrà perseguito attraverso la:

- definizione da parte della Regione delle informazioni fondamentali ai fini di governo e delle relative procedure di trasmissione, individuando i collegamenti con i dati di gestione e potenziando gli strumenti per la conoscenza della salute della popolazione realizzando sistemi di sorveglianza epidemiologica;
- individuazione degli iter necessari per la trasformazione dei dati clinici, amministrativi, tecnici in informazioni standard per il sistema informativo;
- compatibilizzazione, per quanto possibile, della modulistica nazionale (flussi trimestrali ministeriali) con quella finalizzata alle specifiche esigenze regionali;

- individuazione delle procedure di rilevanza multizonali per le quali verranno fornite indicazioni vincolanti sulle modalità di rilevazione, archiviazione, elaborazione e trasmissione delle informazioni;
- definizione dell'organizzazione delle informazioni sanitarie necessarie all'attività regionale e modalità di consultazione del SIRV, attraverso la rete informatica di trasmissione dati.

#### IV.3.3. Organizzazione a livello locale

Lo sviluppo del sistema informativo a livello locale, presuppone:

- la sensibilizzazione, la formazione ed il coinvolgimento di tutti gli operatori in un'attività, quale è quella di gestione dell'informazione, che deve essere considerata e praticata come uno strumento della professionalità individuale e di équipe e non come un'attività da delegare ad apposite unità organizzative ed a specifiche competenze professionali;
- individuazione di una specifica unità organizzativa di livello locale che sia referente per i rapporti con la Regione e coordini le attività connesse al SIRV-SANITA'.

#### IV.3.4. Tecnologia informatica e telematica

Le esigenze contrapposte di tutelare l'autonomia delle singole ULSS nella realizzazione delle proprie scelte informatiche (HW e SW) e di garantire omogeneità di sviluppo dell'informatizzazione e compatibilità di tecnologie utilizzate onde consentire aggregazioni di informazioni locali, attivazioni di reti di trasmissione, interrogazioni a distanza, rendono necessarie le seguenti scelte strategiche:

- definire le procedure la cui automazione è prioritaria al fine di omogeneizzare lo sviluppo dell'informatizzazione nelle ULSS e di consentire valutazioni e confronti tra le diverse soluzioni adottate;
- definire ai fini della compatibilità complessiva gli standard HW, sottoponendo ad autorizzazione regionale l'acquisizione delle attrezzature di più elevata complessità e costo attraverso la redazione di progetti operativi di informatizzazione;
- tendere alla compatibilità di sistemi operativi delle ULSS a partire da quelle gravitanti su uno stesso polo multizonale al fine di agevolare i flussi informativi, il reciproco supporto tecnico, gli interscambi di software applicativo;
- unificare progressivamente le procedure software.

#### IV.3.5. Integrazione del Sistema Informativo Sanitario (SIRV-SANITA') a livello regionale e nazionale

Per il livello regionale:

- si proseguirà nella realizzazione del nodo funzionale per il settore sanitario integrato, tramite la rete di trasmissione dati regionale e dotato di hardware dipartimentale ed in grado di usufruire ed alimentare in simbiosi la banca dati di governo;
- si assicurerà l'interscambio di informazioni tra i dipartimenti e settori regionali, curando che l'input di informazioni nel SIRV segua gli standard e le procedure individuate;
- si utilizzeranno in modo coordinato le risorse presenti nel dipartimento per la statistica e l'informatica e nel nodo sanitario nel rispettivo campo di competenza, per garantire nel

rispettivo ambito di competenza che le soluzioni informatiche rispondano perfettamente con le esigenze sanitarie;

- si promuoveranno iniziative sperimentali per l'automazione dei flussi informativi tra il centro e la periferia.

Per quanto riguarda l'integrazione con il livello nazionale, la Regione intende:

- inserire il proprio sistema nella rete nazionale prevista dal Ministero, salvaguardando ovviamente la propria autonomia e le proprie competenze nei confronti delle ULSS e della Regione;
- partecipare alle iniziative sperimentali promosse dal Ministero per l'attivazione della rete.

#### IV.3.6. Interventi programmati

Per il perseguimento degli obiettivi indicati e coerentemente con le scelte strategiche effettuate, la Giunta regionale:

- emana direttive per l'automatizzazione delle ULSS e per la realizzazione di piani di informatizzazione;
- stabilisce:
  - le procedure da sottoporre ad automazione e le relative priorità;
  - i livelli di organizzazione di procedure omogenee (multizonali);
  - i flussi minimi di informazioni necessari per il suo sistema di governo;
- fornisce indicazioni sull'organizzazione del sistema informativo a livello locale e sulla formazione degli operatori alla gestione dell'informazione.

#### IV.3.7. Organizzazione del Sistema Informativo a livello locale

In ciascuna ULSS deve essere costituita una apposita unità organizzativa in posizione di staff all'ufficio di direzione con funzioni di:

- coordinamento a livello locale delle attività connesse al sistema informativo sanitario;
- supporto ai singoli servizi ed uffici nelle attività di gestione dell'informazione con particolare riguardo alla verifica del corretto utilizzo di standard e procedure al fine di garantire l'interscambio delle informazioni che sono rilevanti ai fini del governo;
- collaborazione con i settori e servizi di informatica per programmare ed ottimizzare l'impiego delle risorse tecnologiche a supporto del sistema informativo;
- referente nei riguardi della Regione per tutti gli aspetti relativi al SIRV-SANITA' congiuntamente con i responsabili di settori e servizi di informatica per gli aspetti che riguardano l'utilizzo di tecnologie;
- formazione degli operatori locali sulle tematiche relative al SIRV-SANITA'.

La Giunta regionale intende promuovere iniziative rivolte ai referenti delle unità individuate per il coordinamento del sistema informativo al fine della:

- formazione diretta dei referenti anche allo scopo di effettuare confronti tra le diverse esperienze culturali ed operative e di maturare linguaggi ed approcci comuni tra i vari referenti ed i funzionari regionali;
- formazione di formatori a supporto delle iniziative che i referenti stessi attiveranno nei confronti degli operatori della propria ULSS.

#### IV.3.8. Informatizzazione delle ULSS: Procedure attuative

Al fine di consentire l'azione di coordinamento a livello regionale si richiede alle ULSS la redazione di un progetto operativo di informatizzazione da inviare annualmente alla Giunta regionale che dovrà indicare linee di sviluppo del sistema nel triennio e, dettagliatamente, le procedure che si propone di adottare nel primo anno nonché la dotazione hardware necessaria.

Tale progetto dovrà essere corredato dalla descrizione dello sviluppo realizzato, sia software che hardware.

Il progetto verrà inoltrato all'esame dell'apposita Commissione regionale per l'informatica sanitaria ai fini del parere della Giunta Regionale.

#### IV.3.9. Procedure prioritarie

Si individuano alcune procedure alla cui automazione la Regione attribuisce priorità: la loro informatizzazione entro il 1991 in tutte le ULSS costituisce un preciso obiettivo strategico, sia per la rilevanza che assumono al fine dell'esercizio, sia per la priorità che le relative informazioni rivestono ai fini del governo.

Le procedure alla cui automazione viene attribuita priorità sono le seguenti:

##### 1° Livello di priorità:

- anagrafe assistiti;
- anagrafe medici generici e pediatri;
- compensi medici generici e pediatri;
- farmaceutica convenzionata esterna;
- anagrafe e compensi specialisti interni (contratto SUMAI);
- scheda nosologica individuale di dimissione ospedaliera;
- stipendi;
- contabilità finanziaria;
- contabilità di magazzino;
- contabilità per centri di costo;
- procedure relative all'amministrazione del personale con particolare riguardo alle piante organiche ed al personale in servizio;
- flussi informativi ministeriali;
- sistema di sorveglianza AIDS;

##### 2° Livello di priorità:

- procedure che completino il pacchetto relativo alla medicina di base, alla farmaceutica, alla specialistica ambulatoriale (Centro unico di prenotazione) alla gestione dei servizi ospedalieri;
- procedure per la gestione dei servizi antitossicodipendenza;
- vaccinazioni;
- attività di vigilanza, ispezione, profilassi;
- gestione servizi prevenzione, igiene e sicurezza negli ambienti di lavoro;

- anagrafe capi bovini, suini, ovini, caprini ed equini con correlata vaccinazione;
- bonifica sanitaria degli allevamenti da TBC e brucellosi;
- inventario dei beni tecnici ed economici;
- schede di morte;
- malattie infettive;
- procedure per l'attività dei presidi multizonali di prevenzione.

Le ULSS proseguono nella gestione delle procedure automatizzate attualmente funzionanti ma non possono procedere all'automazione di procedure di 2<sup>a</sup> priorità se non sono state automatizzate quelle di 1<sup>a</sup> priorità, nè possono procedere all'automazione di altre procedure non comprese in elenco se non sono state automatizzate quelle di 1<sup>a</sup> e 2<sup>a</sup> priorità.

Le uniche eccezioni a questa direttiva possono essere rappresentate dall'automazione di procedure mediante personal computer che presentino caratteristiche di compatibilità fisica e logica con l'hardware e software esistente.

#### IV.3.10. Procedure multizonali di governo

Per alcune procedure informative è necessaria la disponibilità a livello multizonale e/o regionale delle informazioni elementari che vengono rilevate localmente; in quanto, o per disposizioni legislative, o per esigenza di rielaborazioni a fini di governo delle informazioni analitiche, non è sufficiente l'invio da parte delle ULSS dei soli dati di sintesi.

Per tali procedure, che sono di seguito elencate compete alla Regione l'emanazione di direttive vincolanti sulle modalità di rilevazione (con particolare riguardo alla definizione delle informazioni ed alle modifiche), archiviazione, elaborazione e trasmissione delle informazioni analitiche e/o la predisposizione di pacchetti software anche a livello locale delle informazioni.

##### *Elenco delle procedure:*

- Anagrafe assistiti
- Ruolo del personale dipendente
- Anagrafe dei medici di base
- Anagrafe degli specialisti convenzionati interni
- Anagrafe degli specialisti convenzionati esterni
- Scheda nosologica di dimissione ospedaliera
- Inventario dei beni tecnici ed economici
- Schede di morte
- Malattie infettive
- Interruzioni volontarie e spontanee di gravidanza
- Registri regionali di patologia (dialisi e trapianto)
- Farmaceutica convenzionata esterna.

#### IV.3.11. Poli multizonali

Il polo multizonale ha, nei confronti delle ULSS che fanno parte del suo ambito, compiti di:

- assistenza tecnica per lo sviluppo e la gestione delle procedure multizonali di governo e per la trasmissione di dati su supporto magnetico o per via telematica tra le ULSS e la Regione;
- gestione di specifiche procedure di consolidamento di dati provenienti dalle ULSS del proprio ambito territoriale, su specifica richiesta della Regione.

#### IV.3.12. Risorse

Per realizzare l'azione strumentale: "SVILUPPO DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
8.500	8.500	8.000	25.000

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese di investimento.

#### IV.4. LA FORMAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE

Il raggiungimento degli obiettivi di razionalizzazione, integrazione e modificazione nell'organizzazione dei servizi e nell'erogazione delle prestazioni, così come previsti nel presente piano, implica una esigenza di continuo cambiamento e adeguamento delle professionalità del personale in servizio e di nuova immissione.

In tal senso, la formazione di base e l'aggiornamento professionale assumono il ruolo di fondamentale azione strategica e di supporto.

Lo studio e l'adozione di significative strategie formative organicamente mirate all'interno delle politiche prioritarie previste nel piano si pongono pertanto come variabili dipendenti strettamente legate allo sviluppo della complessiva pianificazione sanitaria regionale, tese altresì al consolidamento del sistema formativo avviato nel triennio precedente.

Le iniziative da sviluppare devono costituire supporto culturale e professionale per gli operatori, nella consapevolezza che la definizione degli ambienti operativi di ciascuno, in relazione alla evoluzione dei bisogni di salute del cittadino e delle comunità, restano presupposti indispensabili per un reale miglioramento dei servizi e delle prestazioni da erogare.

Gli indirizzi da realizzare a livello regionale, nel rispetto della molteplicità delle norme di settore (internazionali, nazionali e regionali), devono altresì tendere al coordinamento ed alla omogeneizzazione degli interventi formativi, siano essi di competenza del sistema scolastico regionale, statale e universitario e siano essi gestiti a livello regionale e di singola ULSS.

Le iniziative da sviluppare nel corso del triennio hanno come destinatari privilegiati gli operatori dipendenti del servizio Sanitario Regionale (area medica, veterinaria, farmaceutica, infermeristica, tecnica, riabilitativa, amministrativa e professionale) e dell'area convenzionata con il S.S.N., nonché gli allievi di nuova formazione.

#### IV.4.1. La formazione di base di competenza regionale

##### IV.4.1.1. Le scuole e i corsi

Per la formazione degli operatori sanitari dell'area infermeristica, tecnica e riabilitativa, non laureati, resta confermata la competenza regionale in ordine alla programmazione delle Scuole e dei Corsi, la cui gestione è affidata agli Enti erogatori di servizi SocioSanitari.

L'attuale situazione sconta ancora una volta le incertezze di un quadro normativo nazionale non compiutamente definito per la mancata approvazione, sia della riforma della scuola secondaria superiore, sia della legge quadro sulle professioni del settore.

La programmazione regionale fa riferimento, in via prioritaria, alle figure professionali già ampiamente riconosciute nel contesto normativo attuale e considera altresì i nuovi profili professionali emergenti.

La programmazione delle scuole e corsi da attivare annualmente discende innanzitutto dai fabbisogni di personale così come individuati nelle piante organiche delle UU.LL.SS.SS. e dell'area sanitaria privata convenzionata, rapportati agli standards complessivi e settoriali delle singole strutture, alle esigenze conseguenti al turn-over, alle esigenze di modifica delle piante organiche, connesse con gli obiettivi strutturali previsti nel piano.

Al fabbisogno di personale di nuova formazione così individuato, è necessario innestare gli indici relativi alla capacità del sistema formativo regionale.

Le esigenze del sistema dei servizi, correlate con la potenzialità del sistema formativo regionale vanno pure correlate con l'offerta di allievi per nuove iscrizioni.

La tabella allegata, sulla base delle analisi di cui sopra, individua per ciascuna figura professionale: le UU.LL.SS.SS. sedi di scuole e corsi e il numero degli allievi per ciascuna sezione.

Complessivamente la tabella individua la potenzialità formativa della Regione cui occorre pervenire nel corso del triennio.

La Giunta Regionale annualmente, entro il mese di maggio, con apposito provvedimento predispose il piano delle singole autorizzazioni da concedere alle UU.LL.SS.SS., per ciascuna figura professionale, con la specificazione delle sedi e del numero di posti scuola e numero delle sezioni da attivare.

In particolare per gli infermieri professionali, atteso che è necessario pervenire ad un aumento progressivo dei posti scuola, onde corrispondere all'incremento di fabbisogno degli stessi nell'ambito dei servizi (area pubblica ed area privata convenzionata), occorre operare fin da subito per l'avvio di una apposita campagna di sensibilizzazione degli studenti attualmente frequentanti la scuola media superiore e la scuola media inferiore, al fine di poter contare su un aumentato numero di iscrizioni.

Detta azione dovrà essere perseguita negli anni successivi, sia come intervento generalizzato su tutto il territorio regionale, sia con maggiore accentuazione in quei territori ove già ora le domande di iscrizione risultano inferiori ai posti scuola disponibili.

Annualmente, nell'ambito del medesimo piano, la Giunta Regionale definisce le autorizzazioni relative all'apertura di nuove scuole per la formazione di figure professionali emergenti in

particolare per quanto attiene: audioprotesista - podologo - tecnico di angiocardiochirurgia perfusionista - igienista dentale - tecnico di neurofisiopatologia, di cui al D.M. 26.1.1988 n. 30; nonché per professionalità emergenti nell'area dei servizi di tutela degli ambienti e luoghi di lavoro, in relazione alle specifiche esigenze regionali e sperimentazioni correlate alle azioni ed agli obiettivi di piano.

Per l'avvio di nuovi corsi formativi per "ottici" e "odontotecnici" e "meccanici-ortopedici-ernisti" si provvederà annualmente, d'intesa fra i Dipartimenti per la Sanità e i Servizi Formativi in relazione alle esigenze complessive dello specifico mercato di lavoro.

#### IV.4.1.2. Criteri e parametri per il funzionamento delle scuole e corsi

Il finanziamento delle attività è assicurato nell'ambito dell'assegnazione annuale per spese correnti alle ULSS, o con apposita assegnazione, qualora trattasi di altri Enti gestori, sulla base dei seguenti parametri di costo la cui quantificazione è disposta annualmente dalla Giunta Regionale:

- a) assegni di studio per soli allievi frequentanti i corsi di durata triennale (ex L.R. n. 66/77 e successive modifiche);
- b) compensi ai docenti;
- c) assegnazione integrativa per scuola o corso per l'acquisto e il rinnovo delle dotazioni didattiche e per le attività connesse allo sviluppo dei programmi (sulla base del numero degli allievi frequentanti e delle sezioni attivate).

L'ammontare complessivo della spesa viene quantificato annualmente come risultante della programmazione annuale delle scuole e dei corsi e sulla base dei parametri sopra esposti.

#### IV.4.1.3. La qualifica professionale

##### Ausiliari Socio-Sanitari Specializzati

Le UU.LL.SS.SS. e le strutture convenzionate dovranno proseguire nello svolgimento dei corsi di specializzazione di cui al D.M. 10.2.1984 nel rispetto degli indirizzi già operanti ed in relazione alle esigenze di pianta organica.

Al fine di poter adeguatamente corrispondere ai bisogni di carattere socio sanitario dei cittadini in ambiente di ricovero e cura, è necessario poter disporre di un adeguato numero di Ausiliari Socio Sanitari specializzati da destinare alle Strutture e Servizi delle UU.LL.SS.SS..

Detto personale dovrà collaborare con il personale infermieristico per assicurare risposte adeguate ai bisogni degli assistiti, nell'ambito delle competenze di cui all'articolo 1 del D.M. 10.2.1984.

La necessaria qualificazione professionale di cui detto personale deve essere in possesso, richiede una specifica preparazione da acquisire prima dell'assunzione presso le UU.LL.SS.SS., attraverso un percorso formativo della durata di un anno scolastico e comprendente attività formative teoriche e di tirocinio pratico.

La Giunta Regionale con apposito provvedimento definirà i contenuti del programma di studio nonché le norme regolamentari di attuazione.

I requisiti richiesti per l'ammissione ai corsi vengono così individuati:

- 1) titolo di studio: diploma di istruzione secondaria di 1° grado
- 2) età: aver compiuto il 17° anno di età (all'inizio del corso)

La gestione dei corsi sarà affidata alle UU.LL.SS.SS. nonchè agli Istituti e Case di Cura che gestiscono servizi sanitari.

Alla fine del corso sarà rilasciato un apposito attestato di qualifica professionale da valere quale titolo per l'accesso alle procedure concorsuali per la posizione funzione di Ausiliario Socio Sanitario specializzato.

La Giunta Regionale, nell'ambito del Piano annuale delle autorizzazioni delle attività didattiche di formazione del personale di assistenza sanitaria, tecnica e riabilitativa, autorizzerà l'avvio dei corsi (numero sezioni da attivare per 30 posti ciascuna), tenuto conto delle esigenze dei servizi e dei posti previsti nelle piante organiche.

### **Infermieri Generici**

Lo sviluppo della formazione infermieristica, con la soppressione dei corsi di formazione per infermieri generici, comporta l'esigenza di una appropriata iniziativa destinata agli stessi operanti, ad esaurimento, nei servizi delle UU.LL.SS.SS..

I contenuti di tale iniziativa devono consentire di:

- a) operare uno sviluppo culturale e professionale, per un miglior approccio globale all'assistito, ai suoi bisogni e per l'acquisizione di un'adeguata consapevolezza nel proprio operare.
- b) migliorare l'integrazione operativa, nell'ambito dell'équipe, contribuendo all'aumento del livello quali-quantitativo dell'assistenza e dei servizi.

### **Le specializzazioni per l'Area Infermieristica**

In attesa della legge quadro per la disciplina dell'intera materia, è necessario operare adeguati interventi formativi per aree funzionali dell'assistenza che richiedono un impegno professionale di più elevata complessità ed intensità (anestesia/rianimazione, unità di cure coronariche, trapianti, emergenze).

I programmi formativi devono consentire agli operatori di acquisire conoscenze e capacità professionali specifiche anche in relazione alle caratteristiche assistenziali che per la loro analogia richiedono protocolli omogenei.

### **Gli operatori tecnici dell'Igiene Pubblica**

E' necessario proseguire nelle iniziative formative già avviate negli anni precedenti a supporto dei compiti ispettivi e di vigilanza di competenza delle UU.LL.SS.SS., da destinare ad operatori inseriti e da inserire nei servizi di prevenzione, igiene e sicurezza, oltre che nei presidi multizonali.

## **IV.4.2. La formazione continua e l'aggiornamento professionale**

### **IV.4.2.1. La programmazione degli interventi**

I programmi da sviluppare in tale area sono prioritariamente rivolti al personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale e al personale operante in convenzione con lo stesso.

I livelli di intervento restano confermati nel livello regionale e di singola U.L.S.S., oltre agli interventi di competenza centrale delle Università, degli Ordini e Collegi e/o di altre Istituzioni e centri di carattere scientifico o specializzati nel campo formativo.

In presenza di una tale molteplicità di livelli di intervento, a livello regionale è necessario operare

con azione di coordinamento e omogeneizzazione degli interventi, attraverso indirizzi complessivamente rispettosi della diversa normativa nazionale di settore (Legge n. 833/78 - D.P.R. n. 761/79 - D.P.R. n. 270/87 - i DD.PP.RR. 8.06.1987, nn. 289, 290, 291, 292).

La programmazione degli interventi formativi e di aggiornamento professionale, rivolti alle generalità delle figure professionali, deve tendere a sviluppare capacità di:

- partecipare ai processi programmatori;
- programmare il proprio lavoro;
- valutare la pertinenza, l'efficacia e l'efficienza del proprio operato;
- lavorare in équipe, con operatori della propria figura professionale e/o di altre figure;
- utilizzare le innovazioni tecniche e scientifiche per migliorare l'efficienza del proprio lavoro;
- impiegare in modo razionale le informazioni disponibili e utili per progettare, gestire, valutare gli interventi di competenza.

Per singole professionalità o gruppi di professionalità, le iniziative di aggiornamento devono tendere a sviluppare capacità di:

*a) per il personale medico*

- progettare e gestire il proprio intervento medico nella prospettiva ampia e globale di salute intesa non solo come assenza di malattia, ma come promozione del benessere fisico, mentale e sociale dell'individuo;
- effettuare indagini epidemiologiche;
- partecipare ad interventi di educazione sanitaria;
- apprendere conoscenze e tecnologie legate allo sviluppo scientifico e tecnico professionale;
- ricercare soluzioni nuove atte a migliorare il livello di assistenza e di organizzazione dei servizi.

*b) per operatori professionali e tecnici*

- adottare metodologie operative coerenti con le proprie responsabilità aggiornate, sul piano tecnicoscintifico e comunque tali da assicurare gli standards qualitativi fissati per le prestazioni di competenza.

*c) per il personale della riabilitazione*

- progettare e gestire il proprio intervento, anche nell'ambito dell'équipe, per la prevenzione, cura e riabilitazione di soggetti con riduzione delle capacità funzionali e motorie di diversa origine;
  - acquisire metodologie operative coerenti con l'attività di terapia fisica e di rieducazione funzionale e motoria e per la partecipazione ad attività di educazione sanitaria;
  - valutare i risultati conseguiti in relazione agli obiettivi da raggiungere;
  - partecipare al processo di rinnovamento dei presidi e servizi in direzione riabilitativa, in relazione agli obiettivi specifici previsti nel piano.

*d) per il personale amministrativo*

- partecipare ai processi di razionalizzazione delle procedure amministrative tenendo conto anche dei progressi delle scienze amministrative, organizzative e dell'informatica;
- fornire i supporti di competenza (amministrativi e di implicazioni economico-finanziaria) ai processi programmatori.

- e) *per il personale tecnico e operatori con particolari responsabilità manageriali e di coordinamento*
- gestire processi programmatori;
  - coordinare unità complesse perseguendo gli obiettivi di efficacia e di efficienza assegnati alla propria struttura;
  - promuovere e gestire processi comunicativi (riunioni, colloqui);
  - analizzare e gestire conflitti;
  - valutare la pertinenza, l'efficacia e l'efficienza dell'unità coordinata;
  - redigere la relazione del proprio servizio.
- f) *per singole figure professionali*
- applicare agli interventi tecnici di competenza conoscenze e tecnologie aggiornate (ad esempio Bioingegneria ed Informatica);
  - analisi di funzioni, attività compiti, componenti della professionalità di singole figure, collegate con particolari prescrizioni strategiche del piano.
- g) *per aggiornamenti tecnici - specifici per singole funzioni ed équipes si dovrà operare in relazione ai singoli progetti obiettivo previsti nel piano.*

#### IV.4.2.2. Livelli di intervento

Gli interventi formativi devono rispondere a criteri di efficacia rispetto agli obiettivi formativi da raggiungere e di efficienza, e devono riguardare:

- a) i livelli istituzionali di progettazione/gestione dell'intervento formativo, quali:

##### LIVELLO REGIONALE

- per figure professionali e numero tale da non giustificare iniziative da parte di singole UU.LL.SS.SS.;
- per obiettivi di sviluppo di nuove professionalità per le quali l'omogeneità a livello regionale assume particolare significato;
- sperimentazione di moduli formativi nuovi al fine di offrire modelli e materiali adeguati.

In particolare a livello regionale è necessario programmare interventi formativi rivolti alle seguenti aree di personale, servizi e strutture:

- area del management (sanitario, tecnico, professionale, amministrativo e sociale) per il personale con funzioni di responsabilità e a supporto delle strategie di progettazione organizzativa, dei sistemi direzionali, dei servizi e del controllo di gestione;
- area veterinaria;
- area psichiatria;
- area farmaceutica;
- area dell'igiene pubblica (ambienti di lavoro);
- area distrettuale (prevenzione e riabilitazione, servizi per anziani, portatori di handicaps);
- area dei dipartimenti di emergenza;
- area del personale dirigente e docente presso le Scuole e Uffici Formazione;
- area dei servizi amministrativi (in relazione ai processi di informatizzazione e riorganizzazione);

- area della ricerca e sperimentazione in campo formativo, connessa alle esigenze di sviluppo della professionalità delle varie figure anche al fine di realizzare pubblicazioni, materiali e sussidi didattici;
- area della medicina generica, pediatrica, guardia medica e specialistica ambulatoriale;
- area del confronto interregionale, nazionale e internazionale attraverso la prosecuzione del piano di cooperazione validamente avvicinato con l'O.M.S. e/o altri Centri di significativo livello.

#### LIVELLO U.L.S.S.

- per figure numericamente elevate (in particolare area infermieristica e amministrativa);
- per esigenze specifiche della programmazione locale;
- per integrare l'operatività di figure professionali diverse;
- per favorire processi di mobilità del personale connessi allo sviluppo strutturale dei servizi e all'organizzazione del lavoro;
- per sviluppare l'umanizzazione dei servizi basata su una visione integrale dell'uomo.

#### b) *I destinatari*

- per singola figura professionale (sviluppo di capacità tecnico-operative specifiche alla figura);
- per più figure professionali (sviluppo di capacità di integrazione tecnica delle prestazioni che richiedono il concorso di più figure professionali);
- per tutte le figure professionali di una unità operativa, reparto, servizio, distretto, ufficio (sviluppo di capacità di programmazione, coordinamento e valutazione del lavoro unità di appartenenza).

#### c) *Le modalità di realizzazione*

- attivazione diretta (progettazione, gestione, valutazione), per obiettivi formativi per i quali è necessario garantire la realizzazione per le categorie e nei tempi stabiliti, quando esistono nella struttura le risorse necessarie e sufficienti a garantire il perseguimento degli obiettivi formativi prestabiliti;
- organizzazione e gestione in convenzione con enti e istituzioni esterne: quando le risorse formative interne sono inesistenti o tali da non garantire l'efficacia desiderata;
- ricorso a iniziative di altri enti ed istituzioni (partecipazione a corsi, seminari, laboratori) e per obiettivi di interesse particolare.

#### d) *Le metodologie degli interventi*

Gli interventi formativi vanno progettati in forma organica e sistematica, specificando e motivando obiettivi, contenuti, metodi e sussidi didattici, criteri di valutazione e di documentazione.

Con riferimento alle metodologie didattiche vanno preferite quelle attive in quanto generalmente più adatte alla realizzazione di obiettivi di sviluppo delle professionalità complessi (che riguardano spesso componenti di conoscenze, abilità e atteggiamenti in forma integrata), come sono quelli previsti dalle politiche della formazione permanente nei servizi della salute.

Le scelte di politica e di strategia formativa devono essere ispirate a criteri di pertinenza (rispondenza degli obiettivi ai reali bisogni di crescita delle professionalità), di efficacia (risultati conformi agli obiettivi stabiliti) e di efficienza (uso ottimale delle risorse formative disponibili).

**IV.4.2.3. Le strategie di supporto**

Ai fine di rendere il sistema della formazione sempre più efficace vengono attivati 4 ordini di strategie di supporto:

- a) ricerca sui sistemi della formazione permanente;
- b) formazione dei formatori;
- c) sviluppo dei sistemi informativi specifici a livello sia di U.L.S.S. che di Regione;
- d) valutazione e controllo.

*a) Per la ricerca:*

- ricerca e sperimentazione su moduli formativi da adottare per realizzare nuovi obiettivi di sviluppo delle professionalità;
- ricerca sulla efficacia ed efficienza su modalità di intervento alternative;
- ricerche di economia della formazione permanente;
- produzione di materiali e sussidi didattici.

*b) Per la formazione dei formatori e di altri addetti al sistema della formazione*

- iniziative sulla programmazione, valutazione e gestione dei sistemi formativi;
- interventi per formatori sulla metodologia della progettazione formativa e sulle metodologie didattiche.

*c) Per i sistemi informativi:*

- adeguamento degli stessi al fine di renderli funzionali alla programmazione, gestione e valutazione del sistema formativo nel suo complesso o in sue parti;
- messa a punto di procedure standard con riferimento sia alle singole U.L.S.S. che per il rapporto ULSS-REGIONE.

*d) Area della valutazione e controllo:*

- ricerca e raccolta di elementi (strumenti di conoscenza circa la quantità e tipologia di interventi effettuati a livello U.L.S.S.) su entità e ruoli (professionali) di operatori coinvolti;
- verifica di coerenza dei risultati formativi conseguiti in rapporto agli obiettivi di piano;
- verifica di coerenza dei risultati conseguiti sul piano dello sviluppo delle professionalità (singole o di équipe) in relazione alla evoluzione dei sistemi della salute e dei servizi.

**IV.4.2.4. Criteri di finanziamento**

Per il finanziamento delle attività viene riservata, per l'intero triennio e "con vincolo di destinazione" la somma di Lire 27.000.000.000. =, così ripartita:

1° anno lire 8.000.000.000  
 2° anno lire 9.000.000.000  
 3° anno lire 10.000.000.000

	1° anno	2° anno	3° anno
	(in miliardi di lire)		
— a gestione accentrata regionale .....	2	2,2	2,5
— a gestione diretta ULSS .....	6	6,8	7,5

Il riparto della quota riservata alle UU.LL.SS.SS. è stabilita annualmente, con provvedimento della Giunta regionale, sulla base dei seguenti parametri:

- personale in servizio;
- livello e dimensione dell'ULSS;
- popolazione residente.

Le UU.LL.SS.SS. annualmente presentano un programma di utilizzo sulla base del fondo loro assegnato.

Il trasferimento delle somme alle UU.LL.SS.SS. avviene previa validazione dei programmi attuativi, da parte della Giunta Regionale.

#### IV.4.3. Rapporti Regione-Università degli studi

L'esigenza di più stretti e finalizzati rapporti con le facoltà di Medicina operanti in ambito regionale trova le sue ragioni nel ruolo dell'Università in ordine alla formazione degli operatori laureati e altri operatori nell'ambito delle Scuole dirette a fini speciali.

In particolare con l'Università degli Studi si deve procedere nella definizione e attuazione di piani e programmi nell'ambito delle apposite convenzioni, finalizzati alla formazione, all'aggiornamento, alla didattica ed alla ricerca a supporto dei servizi e delle azioni di piano e per iniziative di elevata qualificazione tecnico-scientifica, al fine di consentire un migliore utilizzo delle risorse sia Universitarie, sia del Servizio sanitario Nazionale.

Per gli operatori dell'area medica le iniziative devono riguardare:

- tirocini nei corsi di laurea;
- specializzazioni post-laurea;
- aggiornamenti professionali.

Per gli operatori dell'area non medica (non laureati) le iniziative devono riguardare:

- corsi di diploma e corsi per nuovi profili professionali.

In particolare si dovrà ricercare un opportuno coordinamento con le facoltà di Medicina per quanto attiene:

- a) L'istituzione di Scuole dirette a fini speciali per operatori dirigenti e docenti dell'area infermeristica, tecnica e riabilitativa;
- b) Le scuole dirette a fini speciali per la formazione delle medesime figure professionali di competenza regionale (es. Terapisti della Riabilitazione, Ostetriche, Dietisti, Logopedisti e Tecnici vari);
- c) L'individuazione delle strutture delle UU.LL.SS.SS. da destinare a fini didattici delle scuole universitarie e per il personale docente.

#### IV.4.4. Indirizzi operativi

Sul piano degli indirizzi operativi cui pervenire nel triennio vanno indicati:

- la revisione della L.R. n. 66/77 "Norme per la formazione del personale di assistenza sanitaria, tecnica e riabilitativa";
- la revisione e l'aggiornamento dei programmi di studio delle varie Scuole, in particolare:  
Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Capo-Sala ecc., al fine anche di valorizzare la formazione etico-professionale accanto a quella tecnico-professionale per far acquisire atteggiamenti rivolti al rispetto dell'uomo ed alla valorizzazione della persona ai fini quindi di una sempre maggiore "umanizzazione" dei servizi;
- le azioni per incrementare gli assegni di studio;
- l'istituzione di nuove scuole (le condizioni di base restano definite nella triennalità delle stesse e con titoli di accesso come previsto dalle specifiche norme dei competenti organi centrali);
- gli interventi all'interno del sistema formativo a livello locale per incrementare l'attenzione nei confronti della formazione e dell'aggiornamento e per un migliore utilizzo delle risorse esistenti e di nuova destinazione;
- l'applicazione di indicatori di verifica da attivare a livello centrale e locale per misurare il grado di efficacia e di efficienza degli interventi operati e per orientare le decisioni successive.

Detti indicatori devono riferirsi a:

- a) entità delle attività programmate e realizzate a livello di enti gestori (Regione e UU.LL.SS.SS.), con particolare riferimento agli elementi quantitativi e di costo;
- b) operatori partecipanti alle attività formative, per verificare il grado di accettazione delle medesime, il livello di sviluppo della professionalità e la disponibilità al cambiamento;
- c) risorse impegnate nella formazione (metodologia e sussidi didattici, finanziamenti), al fine di verificarne la rispondenza quali-quantitativa, rispetto ai programmi formativi da realizzare;
- d) qualificazione, esperienze formative pedagogiche e continuità del "corpus dei formatori";
- e) modifiche strutturali e comportamentali nel sistema erogativo dei servizi con riferimento agli obiettivi previsti nel piano.

## Scuole di formazione del personale di assistenza infermieristica - tecnica - riabilitativa

UNITA' LOCALI SOCIO-SANITARIE	SCUOLE (numero allievi per corso) (*)								C. A. S. S. S.
	AREA INFERMIERISTICA			AREA TECNICA		AREA RIABILITATIVA			
	Inf. Prof.	Corso AFD	Corso As.	RX Med.	Lab. Med.	Terap. Riab.	Mass. Fisiot.	Mass. Sport	
DENOMINAZIONE	a.	b.	b.	c.	d.	e.	f.	g.	h.
1. Cadore	30								
2. Comunità Montana Agordina	30								
3. Bellunese-Alpago- Zoldano	60	20							
4. Comunità Montana Feltrina	30								
5. Bassano Marostica	60								
6. Alto Vicentino	90					20			
7. Valle Agno	60								
8. Vicenza	120	20	20	20	20	20			
9. Basso Vicentino	60								
10. Treviso	90	20	20	20	(1)20				
11. Opitergino Mottenesse	30								
12. Sinistra Piave	90								
13. Asolo	90								
14. Portogruaro	30								
15. Basso Piave	30								
16. Venezia	90	20	20	20	(1)20	20		20	
17. Mirano	30								
18. Riviera del Brenta	60								
19. Medio Brenta	60								
20. Camposampiero	60								
21. Padova	180	20	20	20	20			20	
22. Este-Montagnana	30								
23. Conselve	90								
24. Veronese Orientale	60								
25. Verona	180	20	20	20	20	20		20	
26. Valpolicella- Baldo-Garda	(2)90								
27. Bovolone	30								
28. Legnago	60								
29. Alto Polesine	30								
30. Medio Polesine	90	20	20						
31. Adria	60								
32. Chioggia	30								
33. Isola della Scala	(1)60								
34. Arzignano-Montecchio Maggiore	(1)30								
35. Spett.le Reggenza Sette Comuni	(1)30								
36. Venezia-Terraferma Mestron-Mestre (VE) La Nostra Famiglia- Conegliano Configliachi-Padova	90 30	20				20	40		
TOTALI	2370	160	120	100	100	100	40	60	

(\*) Numero 30 allievi massimo per ciascuna sezione di corso — C.A.S.S. = Corso per ausiliari Socio-sanitari specializzati

- a) Scuola triennale. Titolo richiesto per l'ammissione: certificato di ammissione al 3° anno di scuola media superiore.  
 a. 1 scuola di nuova istituzione o sezione aggregata di scuola di altra UU.LL.SS.SS..  
 a. 2 di cui n. 1 sezione per n. 30 posti presso Presidio Casa di Cura "Pederzoli" - Peschiera del Garda.

- b) Corsi annuali. Titolo di studio richiesto per l'ammissione: diploma di infermiere professionale. Da attivare alternativamente presso Scuole gestite da UU.LL.SS.SS. di rilevanti dimensioni, ai fini dello svolgimento delle attività teoriche e di tirocinio.

Annualmente si potranno autorizzare nuovi corsi presso UU.LL.SS.SS. diverse sulla base di motivate esigenze di servizio, per l'U.L.S.S. stessa ed UU.LL.SS.SS. limitrofe.

- c) Scuole triennali. Titolo richiesto per l'ammissione: diploma di scuola media superiore. Da attivare ad anni alterni per corrispondere alle esigenze di tutto il territorio regionale.  
 d) d. 1 Scuola di nuova istituzione

- e) Scuola triennale. Titolo richiesto per l'ammissione: diploma di scuola media superiore. Da attivare ad anni alterni per corrispondere alle esigenze di tutto il territorio regionale.

- f) Scuola triennale. Titolo richiesto per l'ammissione: diploma di scuola media inferiore. Da attivare ad anni alterni per corrispondere alle esigenze di tutto il territorio regionale.  
 n. 1 sezione per n. 20 posti riservata a non vedenti.  
 n. 1 sezione per n. 20 posti riservata a vedenti.

- g) Corso annuale ai sensi del D.M. 5/7/1975, riservato a Massofisioterapisti e Terapisti della Riabilitazione.

L'avvio dei corsi deve consentire l'ammissione degli allievi diplomati massofisioterapisti e frequentanti i corsi avviati nell'anno scolastico 1987/1988.

- h) Corso per ausiliari socio sanitari specializzati da attivarsi presso le UU.LL.SS.SS. e altre strutture socio-sanitarie, ai sensi del D.M. 12.2.1984 e corsi annuali.

#### IV.4.2.4. Risorse

Per realizzare l'azione strumentale: "FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE" sono individuati i seguenti fabbisogni (in milioni di lire):

1989	1990	1991	Totale
8.500	9.000	9.500	27.000

Le UU.LL.SS.SS., per accedere ai finanziamenti, dovranno presentare specifici programmi di intervento in cui, per singolo progetto, siano evidenziati gli oneri ripartiti nel triennio per spese correnti.

#### IV.5. LA VERIFICA DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO E IL SERVIZIO ISPETTIVO REGIONALE

La verifica dell'attuazione del Piano avviene su due livelli: il primo, di tipo formale, concernente la verifica dell'adozione degli atti e dei provvedimenti necessari per l'attuazione del Piano, ed il secondo, di tipo sostanziale, inerente alla verifica dell'impatto dei provvedimenti sul sistema reale e sull'organizzazione sanitaria.

Nella realtà i due livelli sono continuamente interattivi, specie quando il processo complessivo diviene ciclico, portando a regime il metodo della programmazione.

Pertanto, le caratteristiche, le modalità e l'articolazione territoriale del processo di attuazione del Piano necessitano sia della definizione di un processo "formale" efficace, sia della definizione di strumenti idonei a supportare le funzioni di sorveglianza, verifica e controllo dell'attuazione reale del Piano.

Nel primo caso, la verifica verterà sulla corretta interpretazione e traduzione a livello zonale degli obiettivi e delle azioni posti dal Piano e, nel secondo, sull'adeguatezza dei risultati e delle azioni che li hanno determinati, rispetto agli obiettivi.

In quest'ottica si sviluppa l'attività ispettiva regionale, organizzata allo scopo di consentire la "gestione del cambiamento" conseguente all'attivazione del processo di Piano.

Infatti, all'integrazione delle attività e procedure ordinarie per la verifica dell'attuazione del Piano, si colloca il *Servizio Ispettivo regionale* che può avvalersi di apporti di professionalità esterne appositamente incaricate, sistematicizzando l'attività ispettiva ed ampliando la tipologia delle ispezioni.

In tal modo, si configura un'attività ispettiva volta agli aspetti normativi, a quelli economico-finanziari, economici, nonché a quelli organizzativi e di funzionalità del Servizio Sanitario Regionale.

Il Servizio Ispettivo regionale fornisce gli elementi sulla base dei quali la Giunta regionale adotta provvedimenti prescrittivi.

Detti provvedimenti conterranno l'indicazione dei tempi per l'attuazione delle prescrizioni e, nel caso di inadempienza, daranno eventualmente luogo a provvedimenti sostitutivi da parte della Giunta stessa, come previsto dall'art. 22 della legge di applicazione del P.S.S.R. 1989/1991.

Il superamento della verifica e del controllo sull'attuazione del Piano espliciti puramente sotto il profilo burocratico, rappresenta infatti uno degli obiettivi del Piano stesso, in funzione del quale sono espressi nei diversi capitoli appositi "indicatori di verifica".

Tale concezione è intimamente connessa a quella che prevede la diffusione del metodo dei *controlli di qualità*, sia per le strutture ed i servizi a gestione diretta, sia per quelle convenzionate, secondo le linee e gli indirizzi che saranno forniti dalla Giunta regionale con apposita direttiva, allo scopo di individuare modalità ed obiettivi per i diversi servizi.

# TABELLE

REGIONE VENETO - ULSS 1 - CADORE - Popolazione residente al 31/12/87: 41.756  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 1	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Serv. Ser- vizio	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Chirurgia generale	2				64
Geriatrics	1				20
Medicina generale	2	1			80
Ortopedia e traumatologia	2				160
Obstetricia e ginecologia	1				32
Pediatria	1				32
Assistenza neonatale		1			
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>9</b>	<b>1</b>			<b>356</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>					
Accettazione e pronto soccorso		1			
Anestesia e rianimazione		2			
Cardiologia		1			
Diabetologia			1		
Dietetica			1		
Endoscopia digestiva			1		
Farmacia		1			
Istologia e anatomia patologica			1		
Laboratorio di analisi		2			
Psichiatria		1			16
Radiologia		2			
Recupero, rieducazione funzioni.			1		
Trasfusionale e di immunologia			1		
Dialisi			1	18 p.d.	
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>10</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>16</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>6</b>
					<b>372</b>

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

ULSS 1 - CADORE

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srav

II - STRUTTURE DI SOCCORSO IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Pio XII" Misurina (BL)	IST. PART.	100	70	Pneumologia aspecifica

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.01

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. /1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	220	260	239	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	190	240	209	179	171
	DERMATOLOGIA	90	110	92	62	94
	DIABETOLOGIA	30	80	23	40	132
	GERIATRIA	10	20	0	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	20	40	29	12	18
	MEDICINA INTERNA	100	130	115	105	92
	MED. SPORTIVA	40	70	55	23	36
	NEUROLOGIA	10	50	0	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	15	13
	OCULISTICA	70	140	69	134	173
	ODONTOIATRIA	150	170	143	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	360	600	587	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	150	180	140	162	186
	OTORINO	40	130	32	139	168
	PEDIATRIA	90	110	89	99	115
	PNEUMOLOGIA	10	70	9	67	89
	PSICHIATRIA	40	70	37	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	10	30	0	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1660	2570	1868	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4700	5000	4793	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGR.	650	800	788	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		5350	5800	5581	5083	5846
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	850	1200	867	1101	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA (1)					
	NEFROLOGIA E DIALISI	60	70			
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		910	1270	967	1101	1473

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 2 - COMUNITA' MONTANA AGORDINA - Popolazione residente al 31/12/87: 22.935  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1979-1991-

ULSS 2	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Chirurgia generale	1				40
Lungodegenza riabilitativa	1				32
Medicina generale	1				48
Ortopedia e traumatologia	1				32
Ostetricia e ginecologia	1				All'area omogenea materno-infantile sono attribuiti complessivamente 32 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche e pediatriche. Gravidanze a rischio assistite nell'ULSS 3.
Pediatria	1				32
Assistenza neonatale		1			Aggregata a divisione di Pediatria; le culle sono comprese nelle dotazioni dell'area omogenea.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>6</b>				<b>184</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>					
Accettazione e pronto soccorso			1		Espletato dai sanitari dei reparti.
Anestesia e rianizzazione		1			Il servizio si fa carico anche dell'attività di Terapia Antalgica.
Cardiologia			1		Espletato da divisione di Medicina generale.
Diabetologia			1		Espletato da divisione di Medicina generale.
Dietetica			1		
Endoscopia digestiva			1		Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia		1			
Istologia e anatomia patologica			1		Espletato dall'ULSS 3.
Laboratorio di analisi		1			
Psichiatria		1			Attività di ricovero presso l'ULSS 4.
Radiologia		1			
Recupero, rieducazione funzion.			1		Aggregato a divisione di Ortopedia e traumatologia.
Trasfusionale e di immunologia			1		Sezione del servizio trasfusionale dell'ULSS 3.
Dialisi			1	18 p.d.	Ad assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale in collegamento con il servizio di Dialisi dell'ULSS 3.
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>5</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>6</b>		<b>5</b>	<b>1</b>	<b>184</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

ULSS 2 - COMUNITA' MONTANA AGORDINA

-----  
SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI  
-----

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.02

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Urss	media	media
		min	max		area omcg	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	200	240	213	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	130	170	124	179	171
	DERMATOLOGIA	70	90	60	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	0	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	0	12	18
	MEDICINA INTERNA	10	60	0	105	92
	MED. SPORTIVA	20	40	15	23	36
	NEUROLOGIA	30	60	20	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	15	13
	OCULISTICA	100	150	107	134	173
	ODONTOIATRIA	20	130	19	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	280	420	398	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	200	260	223	162	186
	OTORINO	70	140	68	139	160
	PEDIATRIA	120	140	125	99	115
	PNEUMOLOGIA	70	90	65	67	89
	PSICHIATRIA	80	110	105	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	10	30	0	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1470	2340	1542	1700	2069
ATTIVITA' DIAGNOSTICA	LABORATORIO ANALISI	4100	4600	4154	4435	5184
	RADIOLOGIA/ECUGR.	650	900	716	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		4750	5400	4870	5083	5846
TERAPIA STRUMENTALE	RIAB., TERAPIA FISICA	1500	2200	2009	1101	1473
	RADIOTERAPIA (1)					
	NEFROLOGIA E DIALISI	60	70			
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1560	2270	2009	1101	1473

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 3 - BELLUNESE-ALPAGO-ZOLDANO - Popolazione residente al 31/12/87: 95.063  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 3	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. Serv. aggr.	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>				
Cardiologia	1			20 Di cui 12 p.l. per Terapia sub-intensiva con attività di Riabilitazio cardiologica.
Chirurgia generale	1			80
Dermatologia	1			50
Geriatrica	1			30
Malattie infettive	1			30
Medicina generale	2			140 Di cui 1 p.l. per il servizio di Nefrologia medica e 10 p.l. di Diabetologia.
Neurologia	1			50
Oculistica	1			30
Ortopedia e traumatologia	1			64
Otorinolaringoiatria	1			30
Ostetricia e ginecologia	1			40
Patologia neonatale	1			Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 4 per Terapi sub-intensiva.
Pediatria	1			20
Pneumologia	1			50
Radioterapia	1			30 Dotazione in area omogenea con Oncologia.
Urologia	1			40
Assistenza neonatale	1			15 culle Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>16</b>	<b>1</b>		<b>712</b>

REGIONE VENETO - ULSS 3 - BELLUNESE-ALPAGO-ZOLDANO- Popolazione residente al 31/12/87: 95.063  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 3	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Forme organizzative	Posti letto	Posti letto	Posti letto	
Funzioni	Divi-Sez. Sez. aut. aggr. aut. aggr. vizio	Numero			
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA					
Accettazione e pronto soccorso	1				
Anestesia e rianimazione	1			8	Per terapia intensiva.
Anestesia per Terapia antalgica	1				Aggregato a SRAU di Anestesia e rianimazione.
Cardiologia	1				Espletato da divisione omonima.
Malattie del ricambio	1				Ad indirizzo diabetologico.
Dietetica	1				
Endoscopia respiratoria	1				Espletato da divisione di Pneumologia.
Farmacia	1				
Fisica sanitaria	1				In collegamento con il settore per l'igiene pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.
Fisiopatologia respiratoria	1				Espletato da divisione di Farmacologia.
Gastroenterol. ed Endoscop. dig.	1				Aggregato a divisione di Medicina generale.
Istologia e anatomia patologica	1				
Laboratorio di analisi	1				
Medicina legale e delle ass.	1				In collegamento con il settore per l'igiene pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.
Medicina nucleare	1				
Microbiologia	1				Aggregato al Laboratorio analisi.
Neurofisiopatologia	1				Espletato da divisione di Neurologia.
Neuripsichiatria infantile	1				Con disponibilità di p.l. in Pediatria.
Odontoiatria	1				Con 4 poltrone.
Oncologia medica	1				Con disponibilità di 10 posti letto in divisione di Radioterapia.
Psichiatria	1			16	
Radiologia	1				
Radioterapia	1				Espletato da divisione omonima.
Recupero, rieducazione funzion.	1			32	Compresi 10 p.l. per la riabilitazione dei paraplegici.
Trasfusionale e di immunologia	1				Servizio trasfusionale con sezioni presso le ULSS 1 e 2.
IUCIC	1			8	Per terapia intensiva - espletato da divisione di Cardiologia.
Nefrologia e Dialisi	1			12 pd+ 2 pdu	
TOTALE SERVIZI	17	3	7	64	
TOTALE GENERALE	16	1	17	3	776

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

ULSS 3 - BELLUNESE - ALPAGO - ZOLDANO

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau
Bioingegneria	1srag

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.03

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Urss	media	media
		min	max		area	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	260	320	289	261	214
CLINICHE	CHIRURGIA	70	140	69	136	171
	DERMATOLOGIA	110	130	110	129	94
	DIABETOLOGIA	20	170	13	332	132
	GERIATRIA	10	30	0	14	19
	GASTROENTEROLOGIA	30	60	46	17	18
	MEDICINA INTERNA	20	70	15	70	92
	MED. SPORTIVA	70	140	124	30	36
	NEUROLOGIA	70	80	63	70	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	11	13
	OCULISTICA	220	320	285	109	173
	ODONTOIATRIA	100	180	104	211	183
	ONCOLOGIA MEDICA	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	180	220	174	193	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	90	180	87	208	186
	OTORINO	170	180	162	171	168
	PEDIATRIA	120	140	129	99	115
	PNEUMOLOGIA	100	110	95	115	89
	PSICHIATRIA	50	70	45	65	58
	REUMATOLOGIA	10	30	0	24	10
	UROLOGIA	40	50	37	42	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1760	2670	1847	2395	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5100	5400	5196	5232	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOG.	750	1100	927	659	662
	ANAT. IST. PAT.	90	100	83	104	82
	MED. NUCLEARE	30	50	36	28	12
TOTALE DIAGNOSTICA		5970	6650	6242	6023	5940
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	110	1200	110	1580	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA	130	240	206	106	60
	NEFROLOGIA e DIALISI	110	130	110	160	79
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		350	1570	426	1846	1612

REGIONE VENETO - ULSS 4 - COMUNITA' MONTANA FELTRINA - Popolazione residente al 31/12/87: 56.012  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 4	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Posti letto numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>				
Chirurgia generale	1			80
Lungodegenza riabilitativa	1			64
Medicina generale	2			130
Neurologia	1			30
Oculistica	1			20
Ortopedia e traumatologia	1			56
Otorinolaringoiatria	1			20
Ostetricia e ginecologia	1			All'area omogenea materno-infantile sono attribuiti complessivamente 152 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche, pediatriche e di patologia neonatale. Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 4 per terapia sub-intensiva.
Patologia neonatale		1		
Pediatria	1			52
Pneumotisiologia	1			60
Assistenza neonatale		1		15 cuccie
Aggregata a divisione di Pediatria.				
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>11</b>	<b>1</b>		<b>520</b>

REGIONE VENETO - ULSS 4 - COMUNITA' MONTANA FELTRINA - Popolazione residente al 31/12/87: 56.012  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 4	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr. aut.	Serv. Ser- vizio	Posti letto Numero
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA					Per quanto attiene ai servizi l'ospedale di Feltre si fa carico dell'espletamento di tutte le relative attività nell'ospedale di Lamon.
Accettazione e pronto soccorso		1			
Anestesia e rianimazione		1			8 Per terapia intensiva.
Anestesia per Terapia antalgica			1		Aggregato a SRNU di Anestesia e rianimazione.
Cardiologia		1			20 Comprensivi di 8 p.l. per l'attività di U.C.I.C. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Diabetologia			1		Espletato da divisione di Medicina generale.
Dietetica			1		
Endoscopia digestiva			1		Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia		1			
Fisiopatologia respiratoria			1		Espletato da divisione di Pneumatologia.
Histologia e anatomia patologica		1			
Laboratorio di analisi		1			
Neurofisiopatologia			1		Espletato da divisione di Neurologia.
Psichiatria		1			16
Radiologia		1			
Recupero, rieducazione funzioni		1			Con disponibilità di 15 p.l. compresi nelle divisioni di Ortopedia e Traumatologia e Neurologia.
Trasfusione e di immunologia		1			
Neurologia e Dialisi		1			12 pdt 2 pdv Con 10 p.l. di Nefrologia compresi in divisione di Medicina generale.
TOTALE SERVIZI		11	1	5	44
TOTALE GENERALE		11	1	5	564

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

LE PREVISIONI DI PIANO PER LE PRESTAZIONI DI RICOVERO E SPECIALISTICHE PER L'ULSS 4 COMPREDONO ANCHE IL BACINO DI UTENZA DEL COMPRESORIO DEL PRINIERO (PROV. DI TRENTO), CIRCA 10.000 ABITANTI. GIUSTA APPOSITA CONVENZIONE STIPULATA TRA LA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO E LA REGIONE VENETO APPROVATA CON DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 5039 DEL 27/10/1981.

L'OSPEDALE DI LAMON ASSUME UN INDIRIZZO MEDICO-RIABILITATIVO GARANTENDO IN PROSPETTIVA, ATTIVITA' POLISPECIALISTICA AMBULATORIALE, ATTIVITA' DI DAY-HOSPITAL NONCHE' ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

ULSS 4 - FELTRE

## SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 sala

## STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEGENTI AL 31.12.87	405
---------------------	-----

## STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Villabruna Bellati" Feltre (BL)	A/120	150	125	Medicina generale - Neurologia - Cardiologia - Dermatologia - Chirurgia generale - Urologia - Ostetricia e ginecologia -

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei FRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.04

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. \$1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	240	300	276	223	214
CLINICHE	CHIRURGIA	100	160	107	155	171
	DERMATOLOGIA	100	110	98	78	94
	DIABETOLOGIA	20	90	17	70	132
	GERIATRIA	10	30	1	11	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	20	0	1	18
	MEDICINA INTERNA	40	80	30	87	92
	MED. SPORTIVA	10	40	7	38	36
	NEUROLOGIA	80	110	91	71	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	7	13
	OCULISTICA	220	280	255	189	173
	ODONTOIATRIA	60	160	57	181	183
	ONCOLOGIA MEDICA (I)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	260	223	197	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	190	200	181	181	186
	OTORINO	150	170	146	158	168
	PEDIATRIA	130	140	122	148	115
	PNEUMOLOGIA	100	160	147	69	89
	PSICHIATRIA	100	220	192	53	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	0	10
	UROLOGIA	40	50	30	30	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1850	2650	1980	1947	2067
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5300	5800	5613	5291	5184
DIAGNOSTICA	PAD:OLOGIA/ECOCR.	650	800	786	618	662
	ANAT. IST. PAT.	130	200	189	101	82
TOTALE DIAGNOSTICA		6080	6800	6588	6010	5928
TERAPIA	RIAD. TERAPIA FISICA	1700	2600	2565	1133	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	130	260	224	78	79
	RADIOTERAPIA (I)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1830	2860	2789	1211	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 5 - BASSANO-MAROSTICA - Popolazione residente al 31/12/87: 132.649  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 5	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Posti letto Numero	
STRUTTURE DI RICOVERO				
-				
Cardiologia	1		20	Di cui 12 p.l. per terapia sub-intensiva. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Chirurgia generale	2		144	
Geriatría	1		50	
Lungodegenza riabilitativa	1		40	
Medicina generale	2		160	Compresi posti letto di isolamento e 10 p.l. assegnati allo SRAU di Nefrologia.
Neurologia	1		45	
Occhistica	1		30	
Ortopedia e traumatologia	1		80	Compresa attività multizonale di Chirurgia protesica dell'anca.
Otorinolaringoiatria	1		20	
Ostetricia e ginecologia	2		88	
Patologia neonatale		1		Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 6 per terapia sub-intensiva.
Pediatria	1		29	Compresi posti letto di isolamento.
Urologia	1		45	
Assistenza neonatale		2	120 culle	Aggregate a divisione di Pediatria.
-TOTALE STRUTTURE	15	1	742	

REGIONE VENETO - ULSS 5 - BASSANO-MAROSTICA - Popolazione residente al 31/12/87: 132.649  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 5	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi-ione	Sez. aut.	Sez. aggr. aut.	Serv. Ser-vizio	Posti letto
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>					
Accettazione e pronto soccorso		1			
Anestesia e rianimazione		2			16 (Di cui 8 p.l. per terapia intensiva e 8 p.l. per sub-intensiva.
Anestesia per Terapia antalgica		1			Aggregato ad uno dei due SRAU di Anestesia e rianimazione.
Cardiologia			1		Espletato da divisione omonima
Diabetologia			1		Aggregato a divisione di Medicina generale.
Dietetica			1		
Gastroenterol.ed Endoscop.dig.			1		Aggregato a divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia		1			
Istologia e anatomia patologica		1			
Laboratorio di analisi		2			
Microbiologia			1		Aggregato al Laboratorio analisi.
Neurofisiopatologia			1		Espletato da divisione di Neurologia.
Neuropsichiatria infantile		1			Con disponibilità di p.l. in Pediatria.
Odontoiatria		1			Con 4 poltrone.
Oncologia medica		1			
Psichiatria		1			16
Radiologia		2			
Recupero, rieducazione funzion.		1			32
Trasfusionale e di immunologia		1			Servizio trasfusionale con sezione presso la ULSS 35.
UCIC			1		8 (Per terapia intensiva - espletato da divisione di cardiologia
Nefrologia e Dialisi		1			12 pd+ 2 pdu Con 10 p.l. di Nefrologia compresi in divisione di Medicina generale.
<b>TOTALE SERVIZI</b>		16	4	4	72
<b>TOTALE GENERALE</b>		15	1	16	4 4 014

M.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

CON L'EDIFICAZIONE DEL NUOVO STABILIMENTO OSPEDALIERO DI BASSANO DEL GRAPPA SI RENDERA' POSSIBILE UNIFICARE LE FUNZIONI DI DEGENZA OSPEDALIERA IN DETTO STABILIMENTO. LE STRUTTURE EDILIZIE ATTUALMENTE UTILIZZATE POTRANNO ESSERE RICONVERTITE PER ATTIVITA' ANCHE SOCIO-ASSISTENZIALI.

ULSS 5 - BASSANO - MAROSTICA

## SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

## STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEGENTI AL 31.12.87	120
---------------------	-----

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLICLINICHI

ULSS n.05

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. \$1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	220	240	215	223	214
CLINICHE	CHIRURGIA	150	180	155	155	171
	DERMATOLOGIA	60	90	55	78	94
	DIABETOLOGIA	100	110	95	70	132
	GERIATRIA	10	30	1	11	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	20	0	1	18
	MEDICINA INTERNA	20	80	14	97	92
	MED. SPORTIVA	50	90	71	36	36
	NEUROLOGIA	80	90	76	71	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	7	7	13
	OCULISTICA	130	180	129	189	173
	ODONTOIATRIA	140	180	136	181	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	140	190	133	197	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	160	190	159	181	186
	OTORINO	90	150	89	158	168
	PEDIATRIA	120	140	115	148	115
	PNEUMOLOGIA	30	80	28	69	89
	PSICHIATRIA	50	70	45	53	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	0	10
	UROLOGIA	40	70	56	30	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1650	2260	1579	1947	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4500	5000	4452	5291	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOG.	550	700	552	618	662
	(ANAT. IST. PAT.	100	130	117	101	82
TOTALE DIAGNOSTICA		5150	5830	5121	6010	5928
TERAPIA	RIAD. TERAPIA FISICA	850	1200	818	1133	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	60	90	58	78	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		910	1290	876	1211	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 6 - ALTO VICENTINO - Popolazione residente al 31/12/87: 162.629  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 6	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE	
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- zione	Sez. aut.	Serv. aggr. aut.	Serv. aggr. vizio	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Cardiologia	1				20 Di cui 12 p.l. di terapia sub-intensiva. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Chirurgia generale	2				144
Geriatrics	1				45
Lungodegenza riabilitativa	1				40 Istituita presso lo stabilimento ospedaliero di Malo. Comprende anche una sezione di alcoologia.
Malattie infettive		1			15 Aggregata a Medicina generale.
Medicina generale	3				224 Compresi posti letto di isolamento e 10 p.l. assegnati allo GRAU di Nefrologia. Nella divisione ubicata nello stabilimento di Malo è compresa una sezione di Pneumologia.
Neurologia	1				50
Oculistica	1		1		40 Aggregato ad una delle divisioni di Chirurgia generale.
Ortopedia e traumatologia	2				96
Otorinolaringoiatria	2				40
Ostetricia e ginecologia	2				Alle due aree omogenee materno-infantili sono attribuiti complessivamente 110 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche, pediatriche e di patologia neonatale.
Patologia neonatale		2			Posti letto compresi nelle divisioni di Pediatria, di cui 6 per terapia sub-intensiva.
Pediatria	2				104 Compresi posti letto di isolamento.
Urologia	1				20
Assistenza neonatale		2			20 sulle Aggregate a divisioni di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>19</b>	<b>3</b>	<b>1</b>		<b>846</b>

REGIONE VENETO - ULSS 6 - ALTO VICENTINO - Popolazione residente al 31/12/87: 162.629

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 6	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE		
	Formula organizzativa						
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aggr.	Serv. vizio	Posti letto Numero	
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA							
Accettazione e pronto soccorso		1					
Anestesia e rianimazione		2				8 Per terapia intensiva in unica sede.	
Anestesia per Terapia antalgica		1				Aggregato ad uno dei due SRAU-di Anestesia e rianimazione.	
Audiologia		1				Aggregato ad una delle divisioni di Otorinolaringoiatria.	
Cardiologia		1				Espletato da divisione omonima.	
Malattie del ricambio		1				Con disponibilità di posti letto in Medicina generale. Ad indirizzo diabetologico.	
Dietetica		1					
Endoscopia digestiva		2				Espletati da divisione di Medicina o Chirurgia generale.	
Farmacia		1					
Istologia e anatomia patologica		1					
Laboratorio di analisi		2					
Neurofisiopatologia		1				Espletato da divisione di Neurologia.	
Odontoiatria		1				Con 4 poltrone.	
Oncologia medica		1					
Psichiatria		1				16 Con organizzazione dipartimentale su due equipe.	
Radiologia		2					
Recupero e rieducaz. funzionale		1				32	
Trasfusionale e di immunologia		1					
UCIC		1				8 Per terapia intensiva - espletato da divisione di Cardiologia.	
Nefrologia e Dialisi		1				12 pd+ 2 pdu Con 10 p.l.di Nefrologia compresi in divisione di Medicina generale.	
TOTALE SERVIZI		16	2	6		64	
TOTALE GENERALE		19	3	16	3	6	910

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

IL'OSPEDALE DI MALO ASSUME UN INDIRIZZO MEDICO-RIABILITATIVO GARANTENDO, IN PROSPETTIVA, ATTIVITA' POLISPECIALISTICA AMBULATORIALE, ATTIVITA' DI DAY-HOSPITAL NONCHE' ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

ULSS 6 - ALTO VICENTINO

## SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

## STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEGENTI AL 31.12.87	279
---------------------	-----

## L - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN GESTIONE DIRETTA

DENOMINAZIONE: Centro residenziale riabilitativo di Thiene

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	DIRETTIVE
Monovalenti pr soggetti disabili psichici gravi e gravissimi ed insufficienti mentali in età evolutiva.	Ambulatoriale - diurna - tempo pieno	Attività multizonale

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1987/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.06

AREA	FUNZIONI	PIANO 87/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Uls	media	media
		min	max		area	osog:regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	240	280	247	223	214
CLINICHE	CHIRURGIA	170	200	183	155	171
	DERMATOLOGIA	70	90	63	78	94
	DIABETOLOGIA	10	90	8	70	132
	GERIATRIA	20	40	22	11	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	20	0	1	18
	MEDICINA INTERNA	120	180	163	87	92
	MED. SPORTIVA	20	40	13	38	36
	NEUROLOGIA	50	80	48	71	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	7	13
	OCULISTICA	220	300	264	189	173
	ODONTOIATRIA	220	280	247	162	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	240	300	278	197	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	140	180	136	181	186
	OTORINO	140	170	133	158	168
	PEDIATRIA	170	280	244	148	115
	PNEUMOLOGIA	20	70	12	69	89
	PSICHIATRIA	50	70	48	53	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	0	10
	UROLOGIA	10	40	0	30	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1960	2790	2109	1947	2069
ATTIVITA'	LADORATORIO ANALISI	5300	5600	5592	5291	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOG.	650	800	731	618	662
	ANAT. IST. PAT.	100	130	114	101	82
TOTALE DIAGNOSTICA		6050	6530	6437	6010	5928
TERAPIA	RIAD. TERAPIA FISICA	750	1200	730	1133	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	90	110	103	78	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		840	1310	833	1211	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 7 - VALLE AGNO - Popolazione residente al 31/12/87: 50.695

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 7	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Divi- sione	Sez. Ser- vizi	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>			
-			
Chirurgia generale	1		72
Geriatrics	1		50
Medicina generale	1		64 Compresi posti letto di isolamento.
Ortopedia e traumatologia	1		40
Ostetricia e ginecologia	1		All'area omogenea materno-infantile sono attribuiti complessivamente 42 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche e pediatriche.
Pediatria	1		42 Compresi posti letto di isolamento.
Assistenza neonatale	1		Aggregata a divisione di Pediatria: le culle sono comprese nelle dotazioni dell'area omogenea.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>6</b>		<b>276</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>			
-			
Accettazione e pronto soccorso	1		
Anestesia e rianimazione	1		Il servizio si fa carico anche dell'attività di terapia Antalgica.
Cardiologia	1		Con attività di Riabilitazione cardiologica e con disponibilita' di posti letto in divisione di Medicina generale.
Diabetologia		1	Espletato da divisione di Medicina generale.
Dietetica		1	
Endoscopia digestiva		1	Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia	1		
Istologia e anatomia patologica		1	Espletato dall'ULSS 8.
Laboratorio di analisi	1		
Otorinolaringoiatria	1		20
Psichiatria	1		16
Radiologia	1		
Recupero, riabilitazione funzio-	1		Con disponibilita' di posti letto in divisione di ortopedia e traumato- logia.
Trasfusionale e di immunologia		1	Sezione del servizio trasfusionale dell'ULSS 8.
Dialisi		1	4 pd Ad assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale in collegamento con divisione di Nefrologia dell'ULSS 8.
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>9</b>	<b>6</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>6</b>
			<b>312</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

ULSS 7 - VALLE AGNO

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI

STRUTTURA

Direzione sanitaria

1 srau

IL - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN GESTIONE DIRETTA

DENOMINAZIONE: Centro rieducazione - Valdagno

ATTIVITA'

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI

DIRETTIVE

Nonoalenti per soggetti disabili  
prevalentemente spastici in età  
evolutiva ed adulta

Ambulatoriali- diurne

Diagnostico - terapeutico -  
riabilitativo

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.07

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	220	320	288	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	100	170	103	179	171
	DERMATOLOGIA	10	70	1	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	0	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	8	12	18
	MEDICINA INTERNA	40	90	33	105	92
	MED. SPORTIVA	30	40	24	23	36
	NEUROLOGIA	50	70	46	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	15	13
	OCULISTICA	80	140	74	134	173
	ODONTOIATRIA	90	150	86	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	280	400	371	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	190	240	212	162	186
	OTORINO	150	170	149	139	168
	PEDIATRIA	60	100	52	99	115
	PNEUMOLOGIA	90	110	92	67	89
	PSICHIATRIA	120	260	222	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	30	40	22	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1600	2560	1783	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	3300	4400	3367	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOG.	420	600	405	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		3720	5000	3772	5083	5846
TERAPIA	RIAD. TERAPIA-FISICA	1300	1400	1313	1101	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA (1)					
	NEFROLOGIA E DIALISI	60	70			
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1360	1470	1313	1101	1473

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 8 - VICENZA - Popolazione residente al 31/12/87: 236.260

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 8	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Divi-Sez. sione	Serv. Serv. Ser- letto	
	aut. aggr. aut. aggr. vizio	Numero	
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>			
Cardiologia	1		50 Di cui 12 p.l. per terapia sub-intensiva. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Chirurgia generale	3		160 Compresa attività chirurgica per i trapianti renali in una sola divisione e la sezione ginecologica presso lo stabilimento ospedaliero di Sandrigo, con disponibilità di 10 p.l.
Chirurgia maxillo facciale	1		40
Chirurgia pediatrica	1		40 Con attività di Cardiochirurgia pediatrica.
Chirurgia plastica	1		40
Dermatologia	1		30
Ematologia	1		25 Con attività di autotrapianto del midollo.
Geriatrics	1		80
Lungodegenza riabilitativa	1		64
Malattie del ricambio	1		30 Con indirizzo diabetologico.
Malattie infettive	1		50
Medicina generale	3		200
Nefrologia	1		30 Compresa attività di coordinamento nell'ambito del centro trapianti renali.
Neurochirurgia	1		50 Con annesso centro per la neurochirurgia stereotassica e con annessa sezione di Neurotraumatologia.
Neurologia	1		60
Oculistica	1		35
Ortopedia e traumatologia	1		72
Otorinolaringoiatria	1		30
Ostetricia e ginecologia	1	1	72 Con annesso servizio di Microisteroscopia
Patologia neonatale		1	15 Di cui 4 p.l. per Terapia intensiva e 6 p.l. per terapia sub-intensiva.
Pediatria	1		35
Pneumologia	1		40
Riabilitazione gastroenterol.	1		20 Ubicato presso lo stabilimento ospedaliero di Sandrigo.
Radioterapia	1		30 Dotazione in area oncogenica con Oncologia medica.
Recupero e rieducaz.funzionale	1		80 Compresi 30 p.l. per sezione paraplegici acuti e 10 p.l. per la riabilitazione post-acuta.
Urologia	1		45
Assistenza neonatale		1	25 sulle Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>1451</b>

REGIONE VENETO - ULSS 8 - VICENZA - Popolazione residente al 31/12/87: 236.260  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER L.P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 8	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa	Posti letto	
Funzioni	Divi-Sez. Sezione aut.	Serv. Serv. aggr. vizio	
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA			
Accettazione e pronto soccorso	1		
Anestesia e rianimazione	2		20 Di cui 20 p.l. per terapia intensiva e 8 p.l. per sub-intensiva.
Anestesia per terapia analgica	1		Con 5 p.l. compresi nella dotazione di Anestesia e rianimazione.
Cardiologia	1		Espletato da divisione omonima.
Citologia oncologica	1		
Diabetologia	1		Espletato da divisione di Malattie del ricambio.
Dietetica	1		
Emodinamica	1		Espletato da divisione di Cardiologia.
Gastroenterol. ed Endoscop. dig.	1		
Endoscopia respiratoria	1		Espletato da divisione di Pneumologia.
Farmacia	1		
Fisica sanitaria	1		In collegamento con il settore per igiene pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.
Fisiopatologia respiratoria	1		Espletato da divisione di Pneumologia.
Genetica umana	1		Aggregato al servizio Trasfusionale e di immunologia.
Istologia e anatomia patologica	1		
Laboratorio di analisi	2		
Medicina legale e delle ass.	1		In collegamento con il settore per igiene pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.
Medicina nucleare	1		
Microbiologia e virologia	1		
Neurofisiopatologia	1		
Neuropsichiatria infantile	1		Con disponibilità di p.l. in Pediatria.
Neuroradiologia	1		
Odontoiatria	1		Con 6 poltrone e con disponibilità di 4 p.l.
Oncologia medica	1		Con disponibilità di 10 p.l. in divisione di Radioterapia.
Psichiatria	2		32
Radiologia	2		
Radioterapia	1		Espletato da divisione omonima.
Recupero, rieducazione funz.	1		Espletato da divisione omonima.
Trasfusionale e di immunologia	1		Servizio trasfusionale con sezione presso le ULSS 7 e 34.
UCIC	1		8 Per terapia intensiva - espletato da divisione omonima.
Dialisi		124 posti letto	Espletato da divisione di Nefrologia.
TOTALE SERVIZI	24	10	68
TOTALE GENERALE	29	24	1519

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, né i posti letto dialisi.

L'OSPEDALE DI SANDRIGO VIENE CONFERMATO, GARANTENDO ATTUALMENTE IL DECENTRAMENTO DI ALCUNE ATTIVITA' DELL'OSPEDALE DI VICENZA. GRADUALMENTE CON I PROCESSI DI RIORGANIZZAZIONE INDOTTI DAL PIANO, POTRANNO ESSERE REALIZZATE RICONVERSIONI PER ATTIVITA' POLI-SPECIALISTICHE AMBULATORIALI DI DAY-HOSPITAL E SOCIO-ASSISTENZIALI.

## ULSS B - VICENTINA

## SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI :

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau
Bioingegneria	1 srag

## STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA :

DEGENTI AL 31.12.87	222
---------------------	-----

## I - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE :

DEMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Villa Berica" Vicenza	A/120	108	80	Medicina generale - Cardiologia - Lungodegenza - Chirurgia generale - Ginecologia - Ortopedia - O.R.L. -
C.d.C. "Eretenia" Vicenza	A/120	105	70	Medicina generale - Cardiologia - Chirurgia generale - Oculistica - O.R.L. - Ostetricia e ginecologia - Ortopedia e traumatologia -

IK - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: I.M.P.F. "Villa Maria" - Monticello Conte Otto

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Monovalente per soggetti disabili psichici gravi in età evolutiva di sesso femminile	Ambulatoriali - diurne - a tempo pieno (p.l. n. 25)	Assistenziale - riabilitative

IM - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: C.R. "La Nostra Famiglia" - Vicenza

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Polivalente per soggetti disabili fisici-psichici e sensoriali in età evolutiva con possibilità, in via eccezionale, di prolungamento dell'assistenza oltre l'età evolutiva	Ambulatoriali	Diagnostico - terapeutico - riabilitative

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.08

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. /1000ab		Urss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	260	320	283	261	214
CLINICHE	CHIRURGIA	100	150	93	136	171
	DERMATOLOGIA	80	110	73	129	94
	DIABETOLOGIA	240	260	239	332	132
	GERIATRIA	20	30	16	14	18
	GASTROENTEROLOGIA	20	40	22	17	18
	MEDICINA INTERNA	20	70	14	70	92
	MED. SPORTIVA	20	50	17	38	36
	NEUROLOGIA	90	90	79	70	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	20	30	16	11	13
	OCULISTICA	190	200	187	189	173
	ODONTOIATRIA	260	380	345	211	183
	ONCOLOGIA MEDICA	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	240	205	193	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	220	240	209	208	186
	OTORINO	140	170	134	171	168
	PEDIATRIA	90	110	87	99	115
	PNEUMOLOGIA	120	160	145	115	89
	PSICHIATRIA	70	80	61	65	58
	REUMATOLOGIA	10	30	2	24	10
	UROLOGIA	30	50	20	42	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		2230	2850	2247	2395	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5500	6000	5932	5232	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGR.	650	700	677	659	662
	ANAT. IST. PAT.	90	100	81	104	82
	MED. NUCLEARE	30	40	28	28	12
TOTALE DIAGNOSTICA		6270	6840	6718	6023	5940
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1500	1600	1488	1580	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA	90	100	88	106	60
	NEFROLOGIA e DIALISI	140	170	151	160	79
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1730	1870	1727	1846	1612

REGIONE VENETO - ULSS 9 - DASSO VICENTINO - Popolazione residente al 31/12/87: 53.487

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 9	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. Serv. aut.	Serv. Ser- vizio	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
-					
Chirurgia generale	2				86
Lungodegenza riabilitativa	1				32
Medicina generale	2				106
Ortopedia e traumatologia	1				32
Ostetricia e ginecologia	1				All'area omogenea materno-infantile sono attribuiti complessivamente 42 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche e pediatriche.
Pediatria	1				42
Assistenza neonatale		1			Aggregata a divisione di Pediatria; le culle sono comprese nelle dotazioni dell'area omogenea.
<b>-TOTALE STRUTTURE</b>	<b>8</b>				<b>298</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>					
-					
Accettazione e pronto soccorso				2	Espletati dai sanitari dei reparti.
Anestesia e rianimazione		2			I servizi si fanno carico anche dell'attività di terapia Antalgica.
Cardiologia			1		Aggregata a divisione di Medicina generale.
Diabetologia				1	Espletato da divisione di Medicina generale.
Dietetica				1	
Endoscopia digestiva				2	Espletati da divisioni di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia		1			
Istologia e anatomia patologica		1			
Laboratorio di analisi		2			
Psichiatria		1			16
Radiologia		2			
Recupero, rieducazione funzion.			1		Aggregato a divisione di Ortopedia e traumatologia.
Trasfusionale e di immunologia				1	Sezione del servizio trasfusionale dell'ULSS 22.
Dialisi				1	Ad assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale in collegamento con la divisione di Nefrologia dell'ULSS 8.
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>9</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>16</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>314</b>

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

CON I PROCESSI DI RAZIONALIZZAZIONE E DI RIORGANIZZAZIONE INDOTTI DAL PRESENTE PIANO SI RENDERANNO DISPONIBILI NEGLI STABILIMENTI DELL'ULSS SPAZI PER ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

ULSS 9 - BASSO VICENTINO

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srav

STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEGENTI AL 31.12.87 (LONIGO)	116
DEGENTI AL 31.12.87 (NOVENTA V.)	76

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.09

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 11000ab		Urss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	10	140	1	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	240	340	318	179	171
	DERMATOLOGIA	60	80	51	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	0	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	30	50	39	12	18
	MEDICINA INTERNA	140	240	204	105	92
	MED. SPORTIVA	10	30	0	23	36
	NEUROLOGIA	10	50	1	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	30	6	15	13
	OCULISTICA	120	160	119	134	173
	ODONTOIATRIA	100	160	94	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	300	440	412	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	170	190	165	162	186
	OTORINO	150	160	142	139	168
	PEDIATRIA	130	170	153	99	115
	PNEUMOLOGIA	90	100	86	67	89
	PSICHIATRIA	60	80	59	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	10	30	0	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1680	2590	1850	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5100	5600	5441	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGR.	650	800	741	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		5750	6400	6182	5083	5846
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	650	1200	695	1101	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA (1)					
	NEFROLOGIA E DIALISI	60	70			
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		710	1270	695	1101	1473

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 10 - TREVISO - Popolazione residente al 31/12/87: 260.765

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 10	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr. vizio	Posti Ser- vizio letto Numero
<b>ISTRUTTURE DI RICOVERO</b>				
Cardiologia	1			40 Di cui 8 p.l. per terapia intensiva.
Cardiologia	1			50 Di cui 12 p.l. per terapia sub-intensiva. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Chirurgia generale	3			160 Compresa dotazione per attività chirurgica per i trapianti renali in una sola divisione.
Chirurgia pediatrica	1			20 Di cui 4 p.l. per terapia intensiva.
Chirurgia vascolare	1			30
Geriatrics	1			100
Lungodegenza riabilitativa	1			80
Malattie infettive	1			40
Medicina generale	3			235
Nefrologia	1			35 Compresa attività di coordinamento nell'ambito del centro trapianti renali.
Neurochirurgia	1			40 Di cui 8 p.l. per terapia intensiva.
Neurologia	1			60
Oculistica	1			45
Ortopedia e traumatologia	1			72
Otorinolaringoiatria	1			40
Ostetricia e ginecologia	1			70
Patologia neonatale		1		20 Di cui 8 p.l. per terapia intensiva e 6 p.l. per terapia-sub-intensiva.
Pediatria	1			30
Radioterapia	1			30 Dotazione in area omogenea con Oncologia.
Urologia	1			60
Assistenza neonatale		1		30 sulle Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>23</b>	<b>1</b>		<b>1265</b>

REGIONE VENETO - ULSS 10 - TREVISO - Popolazione residente al 31/12/87: 268.765  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 10	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE	
	Formula organizzativa		Posti letto		
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aut.	Numero	
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA					
Accettazione e pronto soccorso			3	Aggregati alla divisione di Medicina, Chirurgia ed Ortopedia.	
Anestesia e rianimazione			2	16 Di cui 12 p.l. per terapia intensiva e 4 per sub-intensiva.	
Anestesia per terapia antalgica			1		
Cardiologia			1	Espletato da divisione omonima.	
Dermatologia			1	20	
Dietetica			1		
Ecodinamica			1		
Gastroenterol.ed Endoscop.dig.			1		
Endoscopia respiratoria			1	Espletato dal servizio autonomo di Pneumologia.	
Farmacia			1		
Fisica sanitaria			1	In collegamento con il settore per l'igiene pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.	
Fisiopatologia respiratoria			1	Espletato dal servizio autonomo di Pneumologia.	
Istologia e anatomia patologica			1		
Laboratorio di analisi			1		
Malattie del ricambio			1	Ad indirizzo diabetologico con disponibilità di p.l. in area medica.	
Medicina legale e delle ass.			1	In collegamento con il settore per l'igiene pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.	
Medicina nucleare			1		
Microbiologia			1	Con centro di riferimento per la salmonellosi.	
Neurofisiopatologia			1	Espletato da divisione di Neurologia.	
Neuropsichiatria infantile			1	Con disponibilità di p.l. in Pediatria.	
Odontoiatria			1	Con 8 poltrone.	
Oncologia medica			1	Con disponibilità di 10 p.l. in divisione di Radioterapia.	
Pneumologia			1		
Psichiatria			2	32	
Radiologia			3		
Radioterapia			1	Espletato da divisione omonima.	
Recupero, rieducazione funzion.			1		
Trasfusionale e di immunologia			1	Servizio trasfusionale con sezione presso l'ULSS 11.	
UCIC			1	8 Per terapia intensiva - espletato da divisione di Cardiologia.	
Dialisi			1	25 pd+ 5 pdu Espletato da divisione di Nefrologia.	
TOTALE SERVIZI		25	3	8	76
TOTALE GENERALE	23	26	3	8	134

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

ULSS 10 - TREVISO

!SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI !

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srav
Bioingegneria	1 srag

!STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA !

DEGENTI AL 31.12.87 (TREVISO)	291
DEGENTI AL 31.12.87 (MAROCCO)	96

!I - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE !

DENOMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Giovanni XXIII" Monastier (TV)	A/120	170	140	Medicina generale - Cardiologia - Lungodegenza riabilitativa - Chirurgia generale - Urologia - Ginecologia - Oculistica - O.R.L. - Chirurgia vascolare ed Angiologia - Ortopedia
C.d.C. "Park Villa Napoleon" Preganziol (TV)	B/100	86	70	Riabilitazione psico-sociale

H - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: C.R. "La Nostra Famiglia" - Treviso

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Polivalente per soggetti disabili fisici-psichici e sensoriali in età evolutiva	Ambulatoriali - diurne	Diagnostico - terapeutico - riabilitative

H - OSPEDALE CLASSIFICATO (art.1 legge n. 132/1968): OSPEDALE "SAN CAMILLO" DI TREVISO

H1 - STRUTTURE DI RICOVERO

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Medicina generale	1 div.	60 pl	1 sezione aggregata di Patologia metabolica di 30 pl.
Chirurgia generale	1 div.	70 pl	1 servizio aggregato di Ginecologia di 15 pl. 1 sezione aggregata di Angiologia e Chirurgia vascolare di 20 pl.

H2 - SERVIZI DI DIAGNOSI, CURA E POLIAMBULATORIALE

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Accettazione e Pronto soccorso	1 sr		Espletato da sanitari di reparto
Anestesia e rianimazione	1 sr		
Cardiologia	1 sr		Espletato da divisione di Medicina generale
Laboratorio di analisi	1 sr		
Radiologia	1 sr		
Recupero e rieducazione funzionale	1 sr		

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.10

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Ulss	media	media
		min	max	area omog.	regione	
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	220	260	208	261	214
CLINICHE	CHIRURGIA	150	170	145	136	171
	DERMATOLOGIA	90	110	84	129	94
	DIABETOLOGIA	260	280	256	332	132
	GERIATRIA	10	30	6	14	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	0	17	18
	MEDICINA INTERNA	40	80	34	70	92
	MED. SPORTIVA	50	90	73	38	36
	NEUROLOGIA	70	80	63	70	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	1	11	13
	OCULISTICA	170	190	162	189	173
	ODONTOIATRIA	120	190	116	211	183
	ONCOLOGIA MEDICA	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	130	190	120	193	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	200	220	192	208	186
	OTORINO	190	240	218	171	168
	PEDIATRIA	130	190	170	99	115
	PNEUMOLOGIA	10	80	0	115	89
	PSICHIATRIA	70	90	70	65	58
	REUMATOLOGIA	10	30	5	24	10
	UROLOGIA	50	70	50	42	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		2010	2680	1973	2395	2069
ATTIVITA' DIAGNOSTICA	LABORATORIO ANALISI	4300	5000	4376	5232	5184
	RADIOLOGIA/ECOG.	500	700	496	659	662
	ANAT. IST. PAT.	120	190	170	104	82
	MED. NUCLEARE	20	30	11	28	12
TOTALE DIAGNOSTICA		4940	5920	5053	6023	5940
TERAPIA STRUMENTALE	RIAB. TERAPIA FISICA	1700	2200	2039	1580	1473
	RADIOTERAPIA	100	130	117	106	60
	NEFROLOGIA e DIALISI	100	130	106	160	79
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1900	2460	2262	1846	1612

REGIONE VENETO - ULSS 11 - OPITERGINO MOTTENSE - Popolazione residente al 31/12/07: 67.717  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.G.R. 1989-1991 -

ULSS 11	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE	
	Formula organizzativa			Posti		
Funzioni	Divi-ione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Posti letto
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>						
Chirurgia generale	2					112
Geriatrica	1					65
Medicina generale	2					128
Ortopedia e traumatologia	1					32
Ostetricia e ginecologia	1					60
Patologia neonatale		1				4
Pediatria	1					52
Assistenza neonatale		1				15
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>8</b>	<b>1</b>				<b>389</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>						
Accettazione e pronto soccorso		1				
Anestesia e rianimazione		1				
Cardiologia			1			
Diabetologia			1			
Dietetica			1			
Endoscopia digestiva			1			
Farmacia		1				
Istologia e anatomia patologica		1				
Laboratorio di analisi		2				
Oculistica		1				
Psichiatria		1				16
Radiologia		2				
Recupero, rieducazione funz.			1			
Trasfusionale e di immunologia				1		
Dialisi				1	16 pd	
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>10</b>	<b>2</b>	<b>5</b>		<b>16</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>405</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

CON I PROCESSI DI NAZIONALIZZAZIONE E DI RIORGANIZZAZIONE INDOTTI DAL PRESENTE PIANO SI RENDERANNO DISPONIBILI NEGLI STABILIMENTI NELL'ULSS SPAZI PER ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

ULSS 11 - OPITERGINO MOTTENSE

!SERVIZI IGIENICI ORGANIZZATIVI !

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

!STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA !

DEGENTI AL 31.12.87	197
---------------------	-----

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.11

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Urss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	190	200	188	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	200	260	232	179	171
	DERMATOLOGIA	30	80	29	62	94
	DIABETOLOGIA	40	90	39	40	132
	GERIATRIA	10	20	5	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	30	60	42	12	18
	MEDICINA INTERNA	40	90	39	105	92
	MED. SPORTIVA	10	30	0	23	36
	NEUROLOGIA	50	70	44	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	15	13
	OCULISTICA	80	140	78	134	173
	ODONTOIATRIA	40	140	39	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	30	170	21	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	150	180	149	162	186
	OTORINO	80	140	77	139	168
	PEDIATRIA	50	100	40	99	115
	PNEUMOLOGIA	40	80	36	67	89
	PSICHIATRIA	40	70	30	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	30	40	22	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1170	2030	1110	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4700	4800	4694	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOG.	650	700	695	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		5350	5500	5389	5083	5846
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	280	1100	273	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	50	70	40	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		330	1170	313	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 12 - SINISTRA PIAVE - Popolazione residente al 31/12/87: 209.364

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.N. 1989-1991 -

ULSS 12	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Posti Ser- vizio letto Numero	
STRUTTURE DI RICOVERO					
Chirurgia generale	3			208	
Geriatrica	2			128	
Lungodegenza riabilitativa	1			40	
Medicina generale	3			230	Compresi posti letto di isolamento e 10 p.l. assegnati allo SRAU di Nefrologia.
Neurologia	1			30	
Oculistica	1			30	
Ortopedia e traumatologia	2			128	
Otorinolaringoiatria	2			60	
Ostetricia e ginecologia	2			80	
Patologia neonatale		1			Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 6 per terapia sub-intensiva.
Pediatria	1			40	Compresi posti letto di isolamento.
TDC polmonare	1			60	Funzione multizonale per ULSS 10-11 e 13 - compresa attività di pneumologia.
Urologia	1			30	
Assistenza neonatale		2		30	Aggregata a divisione di Pediatria.
-TOTALE STRUTTURE	20	1		1072	

REGIONE VENETO - ULSS 12 - SINISTRA PIAVE - Popolazione residente al 31/12/87: 209.364  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 12	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE	
	Formula organizzativa					
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Serv. aggr. vizio	Posti letto Numero	
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA						
Accettazione e pronto soccorso		1				
Anestesia e rianimazione		3			8 Per terapia intensiva - relativi solo ad un servizio.	
Anestesia per Terapia antalgica		1			Aggregato ad uno dei SRAU di Anestesia e rianimazione.	
Cardiologia		1			20 Comprensivo di 8 p.l. per l'attività di U.C.I.C. e 12 p.l. di sub-intensiva. Con attività di Riabilitazione cardiologica.	
Diabetologia		1			Aggregato a divisione di Medicina generale.	
Dietetica			1			
Gastroenterol.ed Endoscop.dig.		1			Aggregato a divisione di Medicina o Chirurgia generale.	
Farmacia		1				
Istologia e anatomia patologica		1				
Laboratorio di analisi		3				
Medicina nucleare		1				
Microbiologia			1		Aggregato ad un Laboratorio analisi.	
Neurofisiopatologia			1		Espletato da divisione di Neurologia.	
Neuropsichiatria infantile		1			Con disponibilità di p.l. in Pediatria.	
Odontoiatria		1			Con 4 poltrone.	
Oncologia medica		1				
Psichiatria		2			32	
Radiologia		3				
Recupero, rieducazione funzion.		2			40	
Trasfusionale e di immunologia		1				
Nefrologia e Dialisi		1			25 pd+ 4 pdu Con 10 p.l. di Nefrologia compresi in una divisione di Medicina gen.	
TOTALE SERVIZI		23	4	2	100	
TOTALE GENERALE	20	1	23	4	2	1172

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

IL'OSPEDALE DI SOLIGO ASSUME UN INDIRIZZO MEDICO-RIABILITATIVO GARANTENDO, IN PROSPETTIVA, ATTIVITA' POLISPECIALISTICA ARDULATORIALE, ATTIVITA' DI DAY-HOSPITAL, NONCHE' ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

ULSS 12 - SINISTRA PIAVE

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI :

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA :

DEGENTI AL 31.12.87	160
---------------------	-----

IN - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: C.R. "La Nostra Famiglia" - Conegliano Veneto

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Polivalente per soggetti disabili in età evolutiva	Ambulatoriali - diurne - a tempo pieno (p.l. n. 30)	Diagnostico - terapeutico - riabilitative

III - OSPEDALE CLASSIFICATO (art.1 legge n. 132/1968): OSPEDALE "DE GIRONCOLI" DI CONEGLIANO

III1 - STRUTTURE DI RICOVERO

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Medicina generale	1 div.	90 pl.	Compresa attività di Angiologia
Chirurgia generale	1 div.	70 pl.	

III2 - SERVIZI DI DIAGNOSI, CURA E POLIAMBULATORIALE

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Accettazione e Pronto soccorso	1 sr		Espletato da sanitari di reparto.
Anestesia e rianimazione	1 sr		Compresa attività di Terapia antalgica
Cardiologia	1 sr		Compresa attività di Riabilitazione cardiologica
Laboratorio di analisi	1 sr		
Radiologia	1 sr		
Recupero e rieducazione funzionale	1 sr		

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.12

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 11000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	150	220	142	223	214
CLINICHE	CHIRURGIA	160	180	155	155	171
	DERMATOLOGIA	40	80	33	78	94
	DIABETOLOGIA	10	80	0	70	132
	GERIATRIA	10	20	0	11	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	20	0	1	18
	MEDICINA INTERNA	20	80	16	87	92
	MED. SPORTIVA	30	50	22	38	36
	NEUROLOGIA	40	70	30	71	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	7	13
	OCULISTICA	170	190	165	189	173
	ODONTOIATRIA	80	160	70	181	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	260	235	197	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	130	180	127	181	186
	OTORINO	180	240	202	158	168
	PEDIATRIA	60	110	51	148	115
	PNEUMOLOGIA	40	80	37	69	89
	PSICHIATRIA	30	60	21	53	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	0	10
	UROLOGIA	10	40	8	30	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1430	2200	1314	1947	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4300	5000	4390	5291	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOG.	550	700	539	618	662
	ANAT. IST. PAT.	100	110	103	101	82
	MED. NUCLEARE	20	40	23	7	12
TOTALE DIAGNOSTICA		4970	5850	5055	6017	5940
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1100	1400	1093	1133	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	80	90	76	78	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1180	1490	1169	1211	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 13 - MONTEDELLUNA-CASTELFRANCO - Popolazione residente al 31/12/87: 106.493  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 13	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Posti letto Numero
STRUTTURE DI RICOVERO				
-				
Chirurgia generale	3			152
Chirurgia toracica		1		20
				Aggregata a una delle divisioni di Chirurgia generale.
Geriatría		3		60
				Aggregate a 3 divisioni di Medicina generale.
Lungodegenza riabilitativa	1			40
Medicina generale	5			296
				Compresi posti letto di isolamento e 10 p.l. di Nefrologia, e compreso attività di Pneumologia in una divisione.
Neurologia	2			80
				Con attività di Cerebropatie vascolari a Castelfranco.
Oculistica	2			50
Ortopedia e traumatologia	2			120
				Con servizio aggregato di Artroscopia con disponibilità di p.l. presso l'ospedale di Montebelluna.
Otorinolaringoiatria	2			40
Ostetricia e ginecologia	2			96
Patologia neonatale		2		
				Posti letto compresi nelle divisioni di Pediatria, di cui 8 per terapia sub-intensiva.
Pediatria	2			40
				Compresi posti letto di isolamento.
Urologia	1			50
Assistenza neonatale		2		130 culle
				Aggregate a divisioni di Pediatria.
TOTALE STRUTTURE	22	6		1052

REGIONE VENETO - ULSS 13 - MONTEBELLUNA-CASTELFRANCO - Popolazione residente al 31/12/87: 106.473  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 13	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE		
	Formula organizzativa						
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aggr.	Serv. vizio	Posti letto Numero	
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>							
Accettazione e pronto soccorso		1					
Anestesia e rianimazione		2	1			16 Per terapia intensiva.	
Anestesia per Terapia antalgica			1			Aggregato ad uno dei SRAU di Anestesia e rianimazione.	
Angiologia		1				Aggregata a Patologia medica e con attività di Flebologia ad Asolo.	
Cardiologia		2				16 Per terapia intensiva.	
Chirurgia vascolare			1			Con disponibilità di 10 p.l. compresi in Ch. generale di Montebelluna.	
Diabetologia			1			Aggregato a Divisione di Medicina generale.	
Dietetica			1				
Gastroenterol. ed Endoscop. dig.				2		Espletati da divisione di Medicina o Chirurgia generale.	
Farmacia		1					
Istologia e anatomia patologica		1					
Laboratorio di analisi		3					
Microbiologia			1			Aggregato ad uno dei tre Laboratori analisi.	
Medicina nucleare		1					
Neurofisiopatologia				1		Espletato da divisione di Neurologia.	
Neuropsichiatria infantile		1				Con disponibilità di p.l. in Pediatria.	
Odontoiatria		1				Con 4 poltrone.	
Oncologia medica		1					
Psichiatria		1				16 Con organizzazione dipartimentale su due equipe.	
Radiologia		3					
Recupero, rieducazione funzion.		2				40	
Riabilitazione cardiologica		1					
Trasfusionale e di immunologia		1					
Centro per le malatt. del sangue		1				20 Sezione aggregata al servizio Trasfusionale.	
Nefrologia e Dialisi		1				118 pd+ 4 pdu Con 10 p.l. di Nefrologia compresi in una divisione di Medicina gen.	
<b>TOTALE SERVIZI</b>		2	23	5	4	100	
<b>TOTALE GENERALE</b>		22	8	23	5	4	1160

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

L'OSPEDALE DI ASOLO DOYRA', NEL TRIENNIO, ASSUMERE UN INDIRIZZO MONOSPECIALISTICO. L'OSPEDALE DI CRESPIANO ASSUME UN INDIRIZZO MEDICO-RIABILITATIVO;  
 GARANTENDO, IN PROSPETTIVA, ATTIVITA' POLISPECIALISTICA AMBULATORIALE, ATTIVITA' DI DAY-HOSPITAL NONCHE' ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

REGIONE VENETO - ULSS 13 - MONTEBELLUNA-CASTELFRANCO - Popolazione residente al 31/12/87: 106.493  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -  
 DOTAZIONI PREVISTE DALLA CONVENZIONE REGIONE-UNIVERSITA' DI PADOVA PER LA FACOLTA' DI MEDICINA CHIRURGIA POLO DECENTRATO DI CASTELFRANCO -

ULSS 13	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE			
	Formula organizzativa							
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Serv. vizio	Posti letto Numero	
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>								
Chirurgia maxillo-facciale		1						Aggregata alla Clinica odontostomatologica con disponibilità di 10 p.l.
Chirurgia speciale odontostomatologica		1						Aggregata alla Clinica odontostomatologica con disponibilità di 10 p.l.
Clinica odontostomatologica		1					40	Compresi i p.l. delle sezioni aggregate.
Patologia spec. chirurgica e propedeutica clinica		1					32	
Patologia spec. medica e metodologia clinica		1					32	
<b>TOTALE STRUTTURE</b>		<b>3</b>	<b>2</b>				<b>104</b>	
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>								
Anestesia generale e speciale odontostomatologica			1					
Dermatologia e venerologia				1				Aggregato alla Patologia medica.
Igiene e odontoiatria preventiva e sociale con epidemiologia			1					
Istituzioni di anatomia ed Istologia patologica			1					
Materiali dentari				1				Aggregato alla Clinica odontostomatologica.
Medicina legale e assicurazioni odontologia in odontostomatologia			1					
Neuropatologia e psicopatologia			1					Con 15 p.l. utilizzabili nell'attuale Neurologia d'intesa con il primario interessato.
Odontoiatria conservatrice				1				Aggregato alla Clinica odontostomatologica.
Ortognatodonzia e gnatologia				1				Aggregato alla Clinica odontostomatologica.
Otorinolaringoiatria				1				Aggregato alla Patologia chirurgica.
Parodontologia			1					
Patologia spec. odontostomatologica			1					Attività convenzionata con la Clinica odontostomatologica.
Pedodonzia				1				Aggregato alla Clinica odontostomatologica.
Protesi dentaria				1				Aggregato alla Clinica odontostomatologica.
Radiologia generale e speciale odontostomatologica			1					Attività convenzionata con il corrispondente servizio ospedaliero.
<b>TOTALE SERVIZI</b>			<b>8</b>	<b>7</b>				
<b>TOTALE GENERALE</b>		<b>3</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>7</b>		<b>104</b>	

REGIONE VENETO - ULSS 13 - MONTEBELLUNA-CASTELFRANCO - Popolazione residente al 31/12/87: 186.493  
 TOTALE GENERALE -

ULSS 13	STRUTTURE E DOTAZIONI					Posti letto Numero
	Formula organizzativa					
	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	
Ospedale pubblico:						
Totale strutture	22		6			1052
Totale servizi			2	23	5 4	108
Totale generale	22		8	23	5 4	1160
Convenzione Regione-Università:						
Totale strutture	3		2			104
Totale servizi				8	7	
Totale generale	3		2	8	7	104
TOTALE STRUTTURE	25		8			1156
TOTALE SERVIZI			2	31	12 4	108
TOTALE GENERALE	25		10	31	12 4	1264

## SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

IM - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: C.R. "A.I.A.S" - Castelfranco Veneto

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Polivalente per soggetti disabili gravi pluriminorati	Ambulatoriali - diurne	Diagnostico - terapeutico - riabilitative

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.13

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. #1000ab		Uss	:media	:media
		min	max		:area omg	:regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	190	240	189	223	214
CLINICHE	CHIRURGIA	170	190	173	155	171
	DERMATOLOGIA	40	80	35	78	94
	DIABETOLOGIA	170	320	298	70	132
	GERIATRIA	10	30	7	11	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	20	0	1	18
	MEDICINA INTERNA	90	100	86	87	92
	MED. SPORTIVA	60	100	88	38	36
	NEUROLOGIA	70	80	68	71	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	20	30	12	7	13
	OCULISTICA	190	240	206	189	173
	ODONTOIATRIA	140	180	130	181	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	170	220	169	197	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	200	260	225	181	186
	OTORINO	170	180	161	158	168
	PEDIATRIA	140	150	130	148	115
	PNEUMOLOGIA	10	70	0	69	89
	PSICHIATRIA	60	70	54	53	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	0	10
	UROLOGIA	40	70	54	30	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1980	2690	2085	1947	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4300	5000	4367	5291	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGR.	550	600	509	618	662
	ANAT. IST. PAT.	20	80	11	101	82
	MED. NUCLEARE	20	30	19	7	12
TOTALE DIAGNOSTICA		4890	5710	4906	6017	5940
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1100	1400	1143	1133	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	70	90	62	78	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1170	1490	1205	1211	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 14 - PORTOGRUARO - Popolazione residente al 31/12/87: 70.903  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 14	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa			Posti	
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. vizio	Ser- letto Musero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Chirurgia generale	1				72
Geriatrics	1				50
Lungodegenza riabilitativa	1				32
Medicina generale	1				80
Ortopedia e traumatologia	1				72
Otorinolaringoiatria	1				30
Ostetricia e ginecologia	1				32
Pediatria	1				32
Assistenza neonatale	1				
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>8</b>				<b>368</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>					
Accettazione e pronto soccorso	1				
Anestesia e rianimazione	1				8
Cardiologia	1				
Diabetologia		1			
Dietetica		1			
Endoscopia digestiva		1			
Farmacia	1				
Istologia e anatomia patologica		1			
Laboratorio di analisi	1				
Neurologia		1			
Neuropsichiatria infantile		1			
Odontoiatria	1				
Psichiatria	1				16
Radiologia	1				
Recupero, rieducazione funzion.	1				
Trasfusionale e di immunologia	1				
Urologia	1				
Nefrologia e Dialisi	1			10 pd	
<b>TOTALE SERVIZI</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>4</b>		<b>24</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>392</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

ULSS 14 - PORTOGRUARO

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srav

M - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: C.R. "La Nostra Famiglia" - Caorle

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Polivalente per soggetti disabili fisici-psichici-sensoriali in età evolutiva	Ambulatoriali - diurne - a tempo pieno (p.l. n. 130)	Diagnostico - terapeutico - riabilitative

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.14

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. /1000ab		Urss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	100	170	91	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	90	160	87	174	171
	DERMATOLOGIA	60	90	57	62	94
	DIABETOLOGIA	20	80	17	40	132
	GERIATRIA	10	20	0	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	0	12	18
	MEDICINA INTERNA	20	90	17	105	92
	MED. SPORTIVA	10	40	9	23	36
	NEUROLOGIA	20	60	11	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	20	40	21	15	13
	OCULISTICA	40	130	30	134	173
	ODONTOIATRIA	200	300	263	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	240	200	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	100	170	109	162	186
	OTORINO	90	150	86	139	168
	PEDIATRIA	100	110	90	99	115
	PNEUMOLOGIA	120	220	192	67	89
	PSICHIATRIA	50	70	46	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	10	30	1	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1310	2250	1327	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4300	4800	4300	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOG.	460	600	451	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		4760	5400	4751	5083	5846
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	750	1200	769	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	50	70	41	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		800	1270	810	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 15 - BASSO PIAVE - Popolazione residente al 31/12/87: 101.446  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESID: OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 15	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi-ione	Sez. aut.	Sez. aggr. aut.	Serv. aggr. vizio	Posti letto
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Chirurgia generale	2				120
Geriatrics	1				50
Medicina generale	2				152
Oculistica	1				30
Ortopedia e traumatologia	2				80
Otorinolaringoiatria	1				20
Ostetricia e ginecologia	1	1			
Patologia neonatale		1			
Pediatria	1				80
Assistenza neonatale		1			15 culle
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>552</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>					
Accettazione e pronto soccorso		1			
Anestesia e rianimazione		2			8
Cardiologia		1			16
Diabetologia			1		
Dietetica			1		
Endoscopia digestiva			1		
Farmacia		1			
Istologia e anatomia patologica		1			
Laboratorio di analisi		2			
Neurologia			1		
Odontoiatria		1			
Psichiatria		1			16
Radiologia		2			
Recupero, rieducazione funzion.		1			
Trasfusionale e di immunologia		1			
Nefrologia e Dialisi		1			10 pd+ 2 pdu
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>15</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>40</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>16</b>	<b>1</b>	<b>572</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di assistenza neonatale, ne' i posti letto dialisi.

CON I PROCESSI DI RAZIONALIZZAZIONE E RIORGANIZZAZIONE INDETTI DAL PRESENTE PIANO L'OSPEDALE DI JESOLO ASSUMERA' UN INDIRIZZO RIABILITATIVO.

ULSS 15 - BASSO PIAVE

!SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI !

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

!I - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE !

DENOMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Sileno e Anna Rizzola" San Donà di Piave (VE)	B/120	115	110	Medicina generale - Cardiologia - Dermatologia - Chirurgia generale - Ortopedia - Urologia -

!M - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE !

!DENOMINAZIONE: La Nostra Famiglia - S. Donà di Piave !

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Polivalente per soggetti disabili fisici, psichici, sensoriali in età evolutiva.	Domiciliari ed Ambulatoriali	Diagnostico - terapeutico - riabilitativa.

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.15

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 11000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	200	260	229	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	180	190	174	179	171
	DERMATOLOGIA	80	100	81	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	0	2	10
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	0	12	10
	MEDICINA INTERNA	130	220	190	105	92
	MED. SPORTIVA	40	60	46	23	36
	NEUROLOGIA	70	90	78	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	50	110	101	15	13
	OCULISTICA	180	260	227	134	173
	ODONTOIATRIA	190	260	234	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	240	300	272	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	220	280	257	162	186
	PEDIATRIA	120	160	115	139	168
	PEDIATRIA	90	110	82	99	115
	PNEUMOLOGIA	100	180	168	67	89
	PSICHIATRIA	40	70	30	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	20	30	10	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		2000	2850	2294	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	1700	4000	1795	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGF.	550	700	502	640	662
	ANAT. IST. PAT.	10	60	0	39	82
TOTALE DIAGNOSTICA		2260	4760	2377	5122	5928
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1300	1600	1520	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	70	90	70	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1370	1690	1590	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 16 - VENEZIANA - Popolazione residente al 31/12/87: 130.744

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 16	STRUTTURE E DOTAZIONI					DIRETTIVE	
	Formula organizzativa						
	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.		Ser- vizio
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>							
Cardiologia	1					30	Di cui 12 p.l. per terapia sub-intensiva. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Chirurgia generale	3					190	
Chirurgia maxillo facciale	1					24	Con 8 poltrone odontoiatriche.
Chirurgia pediatrica		1				16	Aggregata ad una divisione di Chirurgia generale.
Chirurgia vascolare		1				20	Aggregata ad una divisione di Chirurgia generale.
Dermatologia	1					30	
Ematologia	1					20	
Geriatrics	2					120	
Lungodegenza riabilitativa	2					112	
Malattie infettive	1					40	Di cui 6 p.l. per alto isolamento.
Medicina generale	3					232	Di cui una ad indirizzo per malattie del ricambio, una con annessa attività di riabilitazione cardiocircolatoria ubicata al Lido.
Neurologia	1					50	
Nefrologia	1					25	
Oculistica	1					20	
Ortopedia e traumatologia	2					128	
Otorinolaringoiatria	1					60	
Ostetricia e ginecologia	2						Alle due aree omogenee materno-infantili sono attribuiti complessivamente 104 p.l. (di cui 40 all'ospedale del Mare) per l'aspletamento delle attività ostetriche/ginecologiche, pediatriche e di patologia neonatale, le con 6 p.l. per terapia sub-intensiva.
Patologia neonatale		1					
Pediatria	2					110	
Pneumologia	1					30	Compresa una sezione per TBC polmonare con 10 p.l.
Radioterapia	1					30	Dotazione in area omogenea con Oncologia.
Recupero e rieducaz. funzionale	1					80	Compresi 10 p.l. per la riabilitazione dei paratetraplegici.
Reumatologia	1					80	
Urologia	1					45	
Assistenza neonatale		2				125	colle Aggregate a divisione di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>30</b>	<b>3</b>				<b>1492</b>	

REGIONE VENETO - ULSS 16 - VENEZIANA - Popolazione residente al 31/12/87: 130.744.  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 16	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi-Ser.	Ser. Serv.	Ser. Serv. Ser- zione aut. aggr. aut. aggr. vizio	Posti letto Numero
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA				
Accettazione e pronto soccorso		1		
Allergologia		1		
Anestesia e rianimazione		3		12 Di cui 8 p.l. per terapia intensiva e 4 p.l. per terapia sub-intensiva.
Anestesia per Terapia analgica		1		Aggregato ad uno dei SRAU di Anestesia e rianimazione.
Audiologia		1		Espletato da divisione di Otorinolaringoiatria.
Cardiologia		2		Espletati da divisione di Cardiologia.
Citologia		1		
Diabetologia		1		Aggregato a divisione di Medicina generale.
Dietetica		1		
Emodinamica		1		Espletato da divisione di Cardiologia.
Endoscopia respiratoria		1		Espletato da divisione di Pneumologia.
Farmacia		2		
Fisica sanitaria		1		In collegamento con il settore per l'igiene pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.
Fisiopatologia respiratoria		1		Espletato da divisione di Pneumologia.
Gastroenterol. ed Edoscop. dig.		1		Con disponibilità di 15 p.l. in Medicina generale.
Istologia e anatomia patologica		1		
Laboratorio di analisi		3		
Medicina legale e delle ass.		1		In collegamento con il settore per l'igiene pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.
Medicina nucleare		1		
Microbiologia		1		
Neurofisiopatologia		1		Aggregato a divisione di Neurologia.
Neuropsichiatria infantile		1		
Neuroradiologia		1		Aggregato ad uno SRAU di Radiologia.
Odontoiatria		1		Aggregato a divisione di Chirurgia maxillo-facciale con 8 poltrone.
Oncologia medica		1		Con disponibilità di 10 p.l. in divisione di Radioterapia.
Psichiatria		1		16
Radiologia		3		
Radioterapia		1		Espletato da divisione oncologica.
Recupero, rieducazione funzion.		2		Espletato da divisione oncologica - ad un servizio autonomo è aggregato il centro di riabilitazione per afasici.
Trasfusionale e di immunologia		1		Servizio trasfusionale con emoteca presso l'Ospedale "S. Raffaele Arcangelo di Venezia".
UCIC		1		8 Per terapia intensiva - espletato da divisione di Cardiologia.
Dialisi				21 pd+ 4 pdu Espletato da divisione di Nefrologia.
TOTALE SERVIZI		26	5 11	36
TOTALE GENERALE	30	3	26 5 11	1528

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, né i posti letto dialisi.

L'OSPEDALE G.B. GIUSTINIAN ASSUMERA' UN INDIRIZZO SOCIO-ASSISTENZIALE IN GESTIONE ALL'I.R.E. DI VENEZIA.  
 LA DIVISIONE MEDICA DI BELLESTRINA DOVRA' ESSERE RICONVERTITA IN STRUTTURA SOCIO-ASSISTENZIALE, FATTO SALVO IL MANTENIMENTO DELLE ATTIVITA' AMBULATORIALI. ENTRO IL 1989 SI DOVRA' PROCEDERE ALLA DISATTIVAZIONE DEGLI STABILIMENTI OSPEDALIERI DELL'ISOLA DELLE GRAZIE E DELL'ISOLA DI SAN CLEMENTE RICONVERTENDO L'ATTIVITA' OSPEDALIERA NELLE SEDI DELL'OSPEDALE SAN GIOVANNI E PAOLO E DELL'OSPEDALE AL MARE CHE A SUA VOLTA METTERA' A DISPOSIZIONE DELL'ULSS I LOCALI ATTIGUI ALL'OSPEDALE S. GIOVANNI E PAOLO.

ULSS 16 - VENEZIA

## SERVIZI IGIENICO-ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	2 srau
Bioingegneria	1 srag

## STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEGENTI AL 31.12.87	131
---------------------	-----

## I - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE

DEDENOMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Carlo Steeb" Alberoni (VE)	IST. PART.	210	110	Lungodegenza e riabilitazione - TBC extrapulmonare - (Forme urologiche) -
C.d.C. "San Camillo" Alberoni (VE)	IST. PART.	140	85	Lungodegenza e riabilitazione - TBC extrapulmonare - (Forme ortopediche) -
C.d.C. "Stella Maris" Alberoni (VE)	IST. PART.	150	80	Lungodegenza - TBC extrapulmonare - (Forme ginecologiche) -

H - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DEDENOMINAZIONE: Centro Eliomarino "S. Camillo" - Venezia-Alberoni

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Monovalente per soggetti disabili fisici adulti ed eccezionalmente in età evolutiva	Ambulatoriali - diurne	Riabilitazione - assistenza

H - OSPEDALE CLASSIFICATO (art.1 legge n. 132//1968): ISTITUTO "SAN CAMILLO" ALBERONI

H1 - STRUTTURE DI RICOVERO

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Lungodegenza riabilitativa	1 div.	100 pl	Riabilitaz. lesioni sist. nervoso centrale e periferico.

H2 - SERVIZI DI DIAGNOSI, CURA E POLIAMBULATORIALE

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Direzione sanitaria	1 sr		
Accettazione	1 sr		Espletato da sanitari di reparto.
Radiologia	1 sr		
Recupero e rieducazione funz.	1 sr		

IN - OSPEDALE CLASSIFICATO (art.1 legge n. 132//1968): OSPEDALE "S. RAFFAELE ARCANGELO" DI VENEZIA

IN1 - STRUTTURE DI RICOVERO

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Medicina generale	1 div.	50 pl	
Lungodegenza	1 div.	100 pl	
Recupero e rieducazione funz.	1 div.	40 pl	

IN2 - SERVIZI DI DIAGNOSI, CURA E POLIAMBULATORIALE

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Direzione sanitaria	1 sr		
Cardiologia	1 sr		Espletato dalla divisione di Medicina generale.
Accettazione e Urgenza medica	1 sr		Espletato da sanitari di reparto.
Laboratorio di analisi	1 srau		
Radiologia	1 srau		
Recupero e rieducazione funz.	1 sr		Espletato dalla divisione omonima.
Riabilitazione respiratoria	1 sr		Espletato dalla divisione di Lungodegenza.
Dietetica	1 sr		

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.16

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		Ulss	dati 1986	
		PRESTAZ. 1000ab			:media	:media
		min	max		:area omog.	:regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	260	300	274	261	214
CLINICHE	CHIRURGIA	170	190	175	136	171
	DERMATOLOGIA	140	190	172	129	94
	DIABETOLOGIA	240	260	237	332	132
	GERIATRIA	20	40	22	14	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	3	17	18
	MEDICINA INTERNA	190	420	391	70	92
	MED. SPORTIVA	20	50	16	38	36
	NEUROLOGIA	40	70	39	70	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	20	30	11	11	13
	OCULISTICA	140	180	135	189	173
	ODONTOIATRIA	220	300	261	211	183
	ONCOLOGIA MEDICA	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	260	226	193	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	260	360	334	208	186
	OTORINO	170	180	166	171	168
	PEDIATRIA	60	100	51	99	115
	PNEUMOLOGIA	40	100	39	115	89
	PSICHIATRIA	70	80	66	65	58
	REUMATOLOGIA	80	190	176	24	10
	UROLOGIA	50	60	49	42	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		2440	3430	2843	2395	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5300	5800	5636	5232	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGRAFIA	650	700	619	659	662
	ANAT. IST. PAT.	20	80	19	104	82
	MED. NUCLEARE	20	30	13	26	12
TOTALE DIAGNOSTICA		5990	6610	6287	6023	5940
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1700	2000	1867	1580	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA	100	110	106	106	60
	NEFROLOGIA e DIALISI	180	300	279	160	79
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1980	2410	2252	1846	1612

REGIONE VENETO - ULSS 17 - MIRANO - Popolazione residente al 31/12/87: 117.522  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 17	STRUTTURE E DOTAZIONI					DIRETTIVE
	Formula organizzativa					
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>						
Chirurgia generale		2				112
Geriatrics		1				40
Lungodegenza riabilitativa		1				40
Medicina generale		2				112 Compresi posti letto di isolamento.
Neurologia		1				35
Ortopedia e traumatologia		1				40
Otorinolaringoiatria		1				20
Ostetricia e ginecologia		1				All'area omogenea materno-infantile sono attribuiti complessivamente 52 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche, pediatriche e di patologia neonatale.
Patologia neonatale			1			Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 4 per terapia sub-intensiva.
Pediatria		1				52 Compresi posti letto di isolamento.
Assistenza neonatale			1			15 culle Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>		<b>11</b>	<b>1</b>			<b>459</b>

REGIONE VENETO - ULSS 17 - MIRANO - Popolazione residente al 31/12/07: 117.522  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 17	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa	Posti letto	Divi-Sez. aut.	Sez. Serv. appr. aut.	
Funzioni					
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA					
Accettazione e pronto soccorso	1				
Anestesia e rianimazione	2			0	Per terapia intensiva in unica sede.
Anestesia per terapia analgica	1				Aggregato a SNAU di Anestesia e rianimazione.
Cardiologia	1			20	Comprensivi di 0 p.l. per l'attività di U.C.I.C. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Dermatologia	1			25	
Diabetologia	1				Espletato da divisione di Medicina generale.
Diabetica	1				
Endoscopia digestiva	1				Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia	1				
Fisiopatologia respiratoria	1				Aggregato al settore per l'igiene pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.
Istologia e anatomia patologica	1				
Laboratorio di analisi	2				
Neurofisiopatologia	1				Espletato da divisione di Neurologia.
Oculistica	1				
Odontoiatria	1			15	Con 4 poltrone.
Oncologia medica	1			20	
Psichiatria	1			16	
Radiologia	2				
Recupero, rieducazione funzional.	1				
Trasfusionale e di immunologia	1				Sezione del servizio trasfusionale dell'ULSS 10.
Urologia	1			20	
Dialisi	1	6 pd			In assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale, in collegamento con la divisione di Nefrologia dell'ULSS 36.
TOTALE SERVIZI		17	2	61	124
TOTALE GENERALE	111	17	2	61	503

M.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culla di Assistenza Neonatale, né i posti letto dialisi.

INELL'ULSS 17 VENGONO PROVVISORIAMENTE UBICATE ALCUNE DOTAZIONI DELL'ULSS 36, PER SUPPLIRE ALLE ATTUALI CARENZE DI SPAZI OSPEDALIERI. IL PIANO DI ATTIVAZIONE TRIENNALE DOVRA' INDICARE LE MODALITA' ED I TEMPI DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI.

#### SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 snau

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n. 17

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. /1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	260	320	288	223	214
CLINICHE	CHIRURGIA	130	170	127	155	171
	DERMATOLOGIA	100	170	156	78	94
	DIABETOLOGIA	100	110	93	70	132
	GERIATRIA	10	20	0	11	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	20	0	1	18
	MEDICINA INTERNA	80	100	71	87	92
	MED. SPORTIVA	10	40	0	38	36
	NEUROLOGIA	100	170	155	71	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	7	13
	OCULISTICA	150	180	147	189	173
	ODONTOIATRIA	220	280	255	191	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	140	190	136	197	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	200	260	224	181	186
	FOTORINO	130	160	123	158	168
	PEDIATRIA	80	130	70	148	115
	PNEUMOLOGIA	120	220	194	69	89
	PSICHIATRIA	50	70	48	53	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	0	10
	UROLOGIA	10	40	2	30	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1940	2730	2089	1947	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5300	5400	5322	5291	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGR.	550	700	531	618	662
	ANAT. IST. PAT.	10	80	0	101	82
TOTALE DIAGNOSTICA		5860	6180	5853	6010	5928
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1300	1400	1202	1133	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	60	80	50	78	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1360	1480	1252	1211	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 18 - RIVIERA DEL BRENTA - Popolazione residente al 31/12/87: 100.133  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 18	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. Serv. aggr.	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>				
Chirurgia generale	1			72
Geriatrics	1			60
Lungodegenza riabilitativa	1			32
Medicina generale	1			80
Neurologia	1			50
Oculistica	1			25
Ortopedia e traumatologia	1			80
Otorinolaringoiatria	1			30
Ostetricia e ginecologia	1			56
Patologia neonatale		1		
Pediatria	1			20
Pneumologia	1			40
Urologia	1			30
Assistenza neonatale		1		20 culle
<b>-TOTALE STRUTTURE</b>	<b>12</b>	<b>1</b>		<b>575</b>

Compresa disponibilita' di posti letto assegnati al servizio autonomo di Cardiologia.  
 Compresa la disponibilita' di 10 p.l. assegnati allo SRAU di Nefrologia.  
 Compresi posti letto di isolamento.

Compresa attivita' di Chirurgia ortopedica infantile.

Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 8 per terapia sub-intensiva.

Compresi posti letto di isolamento.

Funzione multizonale per ULSS 17.

Aggregata a divisione di Pediatria.

REGIONE VENETO - ULSS 10 - RIVIERA DEL BRENTA - Popolazione residente al 31/12/87: 100.133  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 10	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE	
	Formula organizzativa					
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. Serv. aut.	Sez. Serv. viro	Posti letto Numero	
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>						
Accettazione e pronto soccorso						
Anestesia e rianimazione		1			0 Per terapia intensiva.	
Anestesia per terapia analgica		1			Aggregato a SRAU di Anestesia e rianimazione.	
Cardiologia		1			Con disponibilità di p.l. in divisione di Lungodegenza riabilitativa. Con attività di Riabilitazione cardiologica.	
Diabetologia			1		Espletato da divisione di Medicina generale.	
Dietetica			1			
Endoscopia digestiva			1		Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.	
Farmacologia		1				
Fisiopatologia respiratoria			1		Espletato da divisione di Pneumologia.	
Istologia e anatomia patologica		1				
Laboratorio di analisi		1				
Neurofisiopatologia			1		Espletato da divisione di Neurologia.	
Odontoiatria		1			Aggregato a divisione di Otorinolaringoiatria.	
Psichiatria		1		16		
Radiologia		1				
Recupero, rieducazione funzion.		1				
Neuropsicologico sperimentale			1		Aggregato alla divisione di Neurologia.	
Trasfusionale e di immunologia		1			Servizio trasfusionale con sezione presso l'ULSS 17.	
Nefrologia e Dialisi		1		15 pdu 2 pdu	Con 10 p.l. di Nefrologia compresi in divisione di Medicina generale.	
<b>TOTALE SERVIZI</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>24</b>	
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>599</b>

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, né i posti letto dialisi.

**SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI :**

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

**IL - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN GESTIONE DIRETTA**

**DESCRIZIONE: Centro di riabilitazione per soggetti disabili**

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	DIRETTIVE
Riabilitazione per soggetti disabili	Ambulatoriali - diurne	Diagnostico - Terapeutiche - Riabilitative -

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.18

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. min	11000ab max	Ulss	media area omag.	media regione
SPECIALITA' CLINICHE	CARDIOLOGIA	140	220	135	223	214
	CHIRURGIA	170	180	167	155	171
	DERMATOLOGIA	150	300	260	78	94
	DIABETOLOGIA	10	80	0	70	132
	GERIATRIA	20	30	12	11	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	20	0	1	18
	MEDICINA INTERNA	140	240	215	87	92
	MED. SPORTIVA	10	40	0	38	36
	NEUROLOGIA	70	90	70	71	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	7	7	13
	OCULISTICA	220	280	254	109	173
	ODONTOIATRIA	190	240	200	181	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	240	205	197	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	240	360	335	181	186
	PEDIATRIA	180	200	189	158	168
	PEDIATRIA	190	320	295	148	115
	PNEUMOLOGIA	160	340	301	69	89
	PSICHIATRIA	50	70	45	53	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	0	10
UROLOGIA	40	70	56	30	30	
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		2250	3400	2746	1947	2069
ATTIVITA' DIAGNOSTICA	LABORATORIO ANALISI	5500	6200	6083	5291	5184
	RADIOLOGIA/ECOGR.	650	800	764	618	662
	ANAT. 1ST. PAT.	120	170	153	101	82
TOTALE DIAGNOSTICA		6270	7170	7000	6010	5928
TERAPIA STRUMENTALE	RIAB. TERAPIA FISICA	1500	2200	2106	1133	1473
	NEFROLOGIA e DIALISI	70	90	68	78	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1570	2290	2174	1211	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 19 - MEDIUMBENTIA - Popolazione residente al 31/12/87: 100.790

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.G.R. 1989-1991 -

ULSS 19	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa	Posti	
Funzioni	Divi-Sez. sione	Sez. Serv. aut. aggr.	Serv. Ser- letto
			Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>			
Cardiologia	1		40 Di cui 12 p.l. per terapia sub-intensiva. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Chirurgia generale	1		96
Lungodegenza riabilitativa	1		96
Medicina generale	1		96 Compresi posti letto di isolamento.
Neurologia	1		50
Ortopedia e traumatologia	1		96
Otorinolaringoiatria	1		30
Ostetricia e ginecologia	1		56
Patologia neonatale		1	Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 6 per terapia sub-intensiva.
Pediatria	1		20 Compresi posti letto di isolamento
Pneumologia	1		40 Compresa sezione di TBC polmonare.
Assistenza neonatale		1	120 sulle Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>620</b>

REGIONE VENETO - ULSS 19 - MEDIOBRENTA - Popolazione residente al 31/12/87: 100.790  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 19	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE		
	Formula organizzativa					
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Posti letto vizio Numero		
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI CURA</b>						
Accettazione e P.S.		1				
Anestesia e rianimazione		1		0 Per terapia intensiva.		
Anestesia per terapia antalgica			1	Aggregato a SRAU di Anestesia e rianimazione.		
Cardiologia			1	Espletato da divisione oncoematologica.		
Diabetologia			1	Espletato da divisione di Medicina generale.		
Dietetica			1			
Emodinamica			1	Espletato da divisione di Cardiologia.		
Endoscopia digestiva			1	Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.		
Endoscopia respiratoria			1	Aggregato alla divisione di Pneumologia.		
Farmacia		1				
Istologia e anatomia patologica		1				
Laboratorio di analisi		1				
Neurofisiopatologia			1	Espletato da divisione di Neurologia.		
Oculistica			1	Aggregato a divisione di Chirurgia generale.		
Odontostomatologia			1	Aggregato a divisione di Otorinolaringoiatria.		
Psichiatria		1		16		
Radiologia			1			
Recupero, rieducazione funzional.			1			
Trasfusionale e di immunologia			1	Sezione del servizio Trasfusionale dell'ULSS 21.		
Urologia			1	20		
UCIC			1	8 Per terapia intensiva - espletato da divisione di Cardiologia.		
Dialisi			1	6 pd Ad assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale in collegamento con il servizio di Dialisi dell'ULSS 5.		
<b>TOTALE SERVIZI</b>		9	4	9	52	
<b>TOTALE GENERALE</b>	10	1	9	4	9	672

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

**SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI**

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.19

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. \$1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area	umog:regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	180	240	173	223	214
CLINICHE	CHIRURGIA	150	170	143	155	171
	DERMATOLOGIA	90	100	89	78	94
	DIABETOLOGIA	10	80	3	70	132
	GERIATRIA	20	30	12	11	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	20	4	1	18
	MEDICINA INTERNA	80	100	72	87	92
	MED. SPORTIVA	50	70	53	38	36
	NEUROLOGIA	80	90	77	71	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	8	7	13
	OCULISTICA	120	170	115	189	173
	ODONTOIATRIA	240	360	323	181	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	240	214	197	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	100	170	100	181	186
	OTORINO	160	180	154	158	168
	PEDIATRIA	120	140	114	148	115
	PNEUMOLOGIA	50	80	48	65	89
	PSICHIATRIA	50	70	40	53	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	0	10
	UROLOGIA	20	40	11	30	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1790	2430	1753	1947	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5500	6200	6268	5291	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOCR.	550	700	524	618	662
	ANAT. IST. PAT.	110	160	147	101	82
TOTALE DIAGNOSTICA		6160	7060	6939	6010	5928
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1100	1400	1088	1133	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	10	70	9	78	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1110	1470	1097	1211	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 20 - CAMPUSAMPIERO - Popolazione residente al 31/12/87: 96.596  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.G.R. 1987-1991 -

ULSS 20	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi-Sez.	Sez. Serv.	Serv. Ser- lette	Posti letto
	Aut.	aggr.	Aut.	aggr.
				Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>				
Chirurgia generale	1			88
Geriatrica	1			100
Medicina generale	1			96
Neurologia	1			50
Oculistica	1			20
Ortopedia e Traumatologia	1			60
Otorinolaringoiatria	1			30
Ostetricia e ginecologia	1			60
Patologia neonatale	1			10
Pediatria	1			20
Urologia	1			50
Assistenza neonatale	1			130 culle
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>10</b>	<b>1</b>		<b>584</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>				
Accettazione e pronto soccorso	1			
Anestesia e rianimazione	1			8
Anestesia per terapia analgica		1		
Cardiologia	1			20
Diabetologia		1		
Dietetica		1		
Endoscopia digestiva		1		
Farmacologia	1			
Fisiopatologia respiratoria		1		
Istologia e anatomia patologica	1			
Laboratorio di analisi	1			
Neurofisiopatologia		1		
Odontostomatologia		1		
Psichiatria	1			16
Radiologia	1			
Recupero, rieducazione funzioni	1			
Trasfusionale e di immunologia	1			
Nefrologia e Dialisi	1			112 pdi 2 pdu
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>11</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>11</b>	<b>4</b>
				<b>628</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, né i posti letto dialisi.

ULSS 20 - CAMPOSAMPIERO

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srav

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.20

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	280	420	384	223	214
CLINICHE	CHIRURGIA	160	180	154	155	171
	DERMATOLOGIA	70	90	61	78	94
	DIABETOLOGIA	10	80	0	70	132
	GERIATRIA	30	70	54	11	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	20	0	1	18
	MEDICINA INTERNA	140	260	229	87	92
	MED. SPORTIVA	30	50	23	38	36
	NEUROLOGIA	80	110	102	71	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	20	30	17	7	13
	OCULISTICA	190	200	189	189	173
	ODONTOIATRIA	240	360	321	181	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	150	200	141	197	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	200	240	217	181	186
	OTORINO	170	190	178	158	168
	PEDIATRIA	160	240	207	148	115
	PNEUMOLOGIA	90	110	91	69	89
	PSICHIATRIA	60	70	50	53	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	0	10
	UROLOGIA	50	80	67	30	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		2170	3060	2485	1947	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5100	5400	5148	5291	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGR.	550	700	573	618	662
	ANAT. IST. PAT.	90	100	82	101	82
TOTALE DIAGNOSTICA		5740	6200	5803	6010	5928
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1300	1600	1457	1133	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	80	100	82	78	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1380	1700	1539	1211	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 21 - PADOVA - Popolazione residente al 31/12/07: 379.156  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 21	STRUTTURE E DOTAZIONI					DIRETTIVE
	Formula organizzativa					
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr. aut.	Serv. aggr. vizio	Serv. Ser- vizio	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>						
Angiologia medica		1				Aggregata ad una divisione di Medicina Generale (Clinica Medica I <sup>a</sup> ) con disponibilità di 15 p.l.
Audiologia		1				Aggregata ad una divisione di ORL (Clinica ORL) con disponibilità di 15 p.l.
Cardiochirurgia		1				58 Di cui 8 p.l. di terapia intensiva post-operatoria.
Cardiochirurgia infantile		1				Aggregata a divisione di Cardiochirurgia.
Cardiologia		1				60 Di cui 10 posti letto di Terapia intensiva.
Cardiologia pediatrica		1				Aggregata a divisione di Cardiologia con disponibilità di 15 p.l.
Centro trapianti renali		1				Aggregata ad una divisione di Chirurgia Generale (Clinica Chirurgica I) con disponibilità di 3 p.l.
Chirurgia cervico-facciale		1				30
Chirurgia generale		7				472 Di cui 22 p.l. di terapia intensiva post-operatoria.
Chirurgia geriatrica		1				32 Di cui 2 p.l. di terapia intensiva post-operatoria.
Chirurgia pediatrica		1				33 Di cui 3 p.l. di terapia intensiva post-operatoria.
Chirurgia plastica		1				70
Chirurgia toracica		1				30
Chirurgia vascolare		2				60
Dermatologia		1				30
Diagn. e terapia della scoliosi		1				Aggregata ad una divisione di Ortopedia e traumatologia (III div.) con disponibilità di 15 p.l.
Ematologia		1	1			30 Aggregata ad una divisione di Medicina generale (Pat.Med.II)
Ematologia e oncologia pediatr.		1				30 (Clinica Pediatrica II)
Endocrinologia		1				30
Gastroenterologia		1				30
Geriatrics		4				330
Grandi ustionati			1			Aggregata a divisione di Chirurgia plastica con disponibilità di 15 p.l.
Lungodegenza		4				400 Di cui due ad indirizzo psichiatrico.
Malattie infettive		1				80
Malattie del ricambio		1				30
Medicina generale		8				550 Di cui 8 p.l. di terapia intensiva cardiologica in divisione medica I <sup>a</sup> .
Medicina del lavoro		1				40

REGIONE VENETO - ULSS 21 - PADOVA - Popolazione residente al 31/12/87: 379.156

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PREBIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 21	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Divi-Sez. sione	Serv. Serv. Ser- letto	Posti Numero
Nefrologia	2		36
Neurochirurgia	1		56 Di cui 6 p.l. di terapia intensiva post-operatoria.
Neurochirurgia pediatrica	1		Aggregata a divisione di Neurochirurgia con disponibilità di 15 p.l.
Neurologia	2		100
Neurotraumatologia	1		32 Di cui 2 p.l. di terapia intensiva post-operatoria.
Oculistica	1		45
Oncologia medica	1		50
Ortopedia e traumatologia	4		290
Ostetricia e ginecologia	2		140
Otorinolaringoiatria	1		60
Patologia neonatale	1		30
Pediatria	1		74
Pneumologia	1		75
Pneumotisiologia	1		30
Radioterapia	1		50
Reumatologia	1		30
Riabilitazione neuromotoria	1		30
Riabilitazione respiratoria	1		Aggregata a divisione di Pneumologia con disponibilità di 15 p.l.
Terapia intensiva metabolica	1		Aggregata a divisione di Malattie del ricambio con disponibilità di 4 p.l.
Terapia intensiva neonatale	1		Aggregata a divisione di Patologia neonatale con disponibilità di 10 p.l.
Terapia intensiva pediatrica	1		Aggregata a divisione di Pediatria con disponibilità di 8 p.l.
Tossicologia industriale	1		Aggregata a divisione di Medicina del lavoro.
Urologia	1		104 Di cui 4 p.l. di terapia intensiva post-operatoria.
Urologia geriatrica	1		Aggregata a divisione di Chirurgia geriatrica.
Urologia pediatrica	1		Aggregata a divisione di Urologia con disponibilità di 20 p.l.
Assistenza neonatale	2	150 culle	Aggregate a divisione di Pediatria (Clinica Pediatrica I).
TOTALE STRUTTURE	63	16	3657

REGIONE VENETO - ULSS 21 - PADOVA - Popolazione residente al 31/12/87: 379.156  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 21	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi- Sez.	Sez. Serv. aut. aggr.	Sez. Serv. aut. aggr. vizio	Posti letto Numero
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>				
Accettazione e pronto soccorso		2		20 Assegnati allo SRAU dell'ospedale civile.
A.I.D.S	1			Con disponibilit� di 20 posti letto in area coagenea con la divisione di Malattie infettive.
Alcologia	1			
Allergologia	1			Aggregato a divisione di Medicina del lavoro.
Allergologia respiratoria	1			Aggregato a divisione di Pneumologia
Andrologia	1			Aggregato a divisione di Endocrinologia.
Angiologia	1			
Angiografia		4		Aggregati agli SRAU di Neuroradiologia, Radiologia diagnostica I e II e Istituto di radiologia.
Anatomia e istologia patologica		3		
Anestesia e rianimazione		3		40
Anestesia per Terapia antalgica	1	1		Aggregato ad uno SRAU di Anestesia e rianimazione (Ist. anest. e rian.)
Audiologia	1			
Cardiologia		2		
Cardiologia pediatrica		1		Aggregato a divisione di Pediatria.
Cardiologia dello sport		1		Aggregato a divisione di Cardiologia.
Chirurgia maxillo-facciale	1			15 Aggregata allo SRAU di Odontoiatria (Clinica odontoiatrica).
Chirurgia plastica pediatrica	1			Con disponibilit� di 15 p.l. in divisione di Chirurgia plastica.
Chirurgia polmonare		1		Espletato da una divisione di Chirurgia generale (Div. Chirurgica II).
Chirurgia tracheo-bronchiale		1		Aggregato a divisione di Chirurgia generale (Cl. Chirurgica II).
Chirurgia tracheo-toracica		1		Espletato da una divisione di Chirurgia generale (Div. Chirurgica II).
Chirurgia vertebrale		1		Aggregato a divisione di Ortopedia e traumatologia (Cl. ort. e traum. II).
Citologia diagnostica		2		
Diabetologia		1		
Diabetologia dell'anziano		1		
Diabetol. e endocrinol. pediatrica ed adolescentologica		1		Aggregato a divisione di Pediatria.
Diagnosi e rieducazione dei disturbi afasici		1		Aggregato a divisione di Neurologia (Clinica neurologica I).
Diagnosi precoce e trattamento delle malattie metaboliche ereditarie		1		Aggregato a divisione di Pediatria.
Diagnostica immunoistochimica		1		Aggregato ad uno SRAU di Anatomia e istologia patologica (I SR).
Diagnostica ultrastrutturale		1		Aggregato ad uno SRAU di Anatomia e istologia patologica (II SR).
Dietetica e nutrizione clinica		1		

REGIONE VENETO - ULSS 21 - PADOVA - Popolazione residente al 31/12/87: 379.156  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 21	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Divi-Sez. zione aut.	Sez. Serv. Ser- agg. aut. agg. vizio Illetto Numero	
Ecografia		2	Aggregati ai SRAU di Radiologia diagnostica (II SR e Is. di radiologia)
Elettrostimolazione cardiaca		1	Aggregato a divisione di Cardiocirurgia.
Elettrografia e Neurofisiologia clinica		1	Aggregato a divisione di Neurologia (Clinica neurologica I).
Emodinamica	1		6 P.l. per emodinamica interventistica.
Emodinamica splancica		1	Aggregato a divisione di Medicina generale (Cl. Medica II^)
Endocrinocirurgia		1	Con disponibilit� di 10 p.l. presso una divisione di Chirurgia generale (Clinica chirurgica II).
Endocrinologia	1		Aggregata a divisione di Medicina generale (Patologia medica III).
Endoscopia digestiva		2	Aggregati a divisione di Chirurgia generale I^ (Clinica chirurgica I).
Endoscopia respiratoria		1	Aggregato a divisione di Pneumologia.
Farmacia		2	
Farmacologia medica		1	
Fisica sanitaria		1	
Fisiopatologia ed endosc. digesti		1	Aggregato a divisione di Gastroenterologia.
Fisiopatologia esofagea		1	Aggregato a divisione di Chirurgia generale (Clinica chirurgica I).
Fisiopat. ipertensione portale		1	Aggregato a divisione di Chirurgia generale (Pat. chirurgica II).
Fisiopat. mal. trombotiche ed emorragiche		1	Aggregato a divisione di Medicina generale (Pat. medica II).
Fisiopatologia respiratoria	1	2	15 Aggregato a divisione di Geriatria (Clinica geriatrica) e Medicina del lavoro.
Fisiopat. sist. nervoso autonomo		1	Aggregato a divisione di Medicina generale (Div. Medica I).
Flebologia		1	Aggregato a divisione di Medicina generale (Clinica medica II).
Fluoroangiografia		1	Aggregato a divisione di Oculistica.
Foniatra		1	
Genetica clinica ed epidemiol.		1	Aggregato a divisione di Pediatria.
Igiene industriale		1	Aggregato a divisione di Medicina del lavoro.
Immunologia clinica		1	20
Immunologia mal. sistemiche		1	Aggregato a divisione Medicina generale (Pat. medica II).
Immunologia dei trapianti		1	Aggregato a divisione Medicina generale (Pat. medica I).
Ipertensione arteriosa		1	Aggregato a divisione di Medicina generale (Clinica medica I).
Istopatologia cardiovascolare		1	Aggregato ad uno SRAU di Anatomia e istologia patologica (II SR).
Labor. analisi chimico-cliniche		4	
Laparoscopia		1	Aggregato a divisione di Medicina generale (Div. medica III^).
L.D.L. aferesi		1	Aggregato a divisione di Medicina generale (Patologia medica I).
Linfografia		1	Aggregato a divisione di Medicina generale (Patologia medica II).

REGIONE VENETO - ULSS 21,- PADOVA - Popolazione residente al 31/12/87: 379.156

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 21	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi-Sez.	Sez. Serv.	Posti letto	
	ioneaut.	aggr.aut.	aggr.vizi	Numero
Malattie epatobiliari		1		Aggregato a divisione di Medicina generale (Div. medica III <sup>A</sup> ).
Malattie metaboliche dell'osso		1		Aggregato a divisione di Endocrinologia.
Medicina legale	1			
Medicina nucleare		2		
Medicina preventiva lavoratori	1			
Medicina dello sport		2		Aggregati a divisione di Medicina generale (Patologia medica III) con il Centro regionale di medicina dello sport - sez. di Padova - ed a divisione di Medicina generale (Clinica medica I <sup>A</sup> ).
Metabolismo minerale e dell'osteoporosi		1		Aggregato a divisione di Medicina generale (Patologia medica I).
Microbiologia	1			
Microchirurgia		2		Aggregato a divisione di Chirurgia generale (Semeiotica chirurgica) e divisione di Chirurgia pediatrica.
Nefrologia infantile ed emodialisi con coordinamento dell'attività dei trapianti		1	16 pd.	Aggregato a divisione di Pediatria.
Neurofisiologia infantile		1		Aggregato a divisione di Pediatria.
Neurofisiopatologia		1		Aggregato a divisione di Neurologia (Clinica neurologica I <sup>A</sup> ).
Neurologia infantile		1		Aggregato a divisione di Neurologia (Clinica neurologica I).
Neuropsichiatria infantile		1		Aggregato a divisione di Pediatria.
Neuroradiologia		1		
Neurosonologia		1		Aggregato a divisione di Neurologia (Clinica neurologica I).
Odontoiatria		1		(Clinica odontoiatrica)
Odontoiatria e stomatologia		1	20	
Oncologia e citodiagnost.ginec.		1		
Ortopnatodonzia		1		
Ortopedia infantile		1		Aggregato a divisione di Ortopedia e traumatologia (Cl.ort. e traum.I).
Patologia autoimmune endocrina		1		Aggregato a divisione di Endocrinologia.
Patol.infettiva pediatrica dell'immuno-depresso		1		
Patologia neuromuscolare		1		Aggregato a divisione di Neurologia (Clinica neurologica I).
Patol. ostetrico-ginecologica		1	20	
Psichiatria		4	60	
Psichiatria d'urgenza		1		Aggregato allo SPAU di Psichiatria (III SR).
Psicogeriatrica		1		Aggregata allo SPAU di Psichiatria (III SR).
Puericoltura prenatale		1	20	
Prevenzione e terapia trombotici		1		Aggregato a divisione di Cardiologia.

REGIONE VENETO - ULSS 21 - PADOVA - Popolazione residente al 31/12/87: 379.156  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 21	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE	
	Formula organizzativa					
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Posti letto vizioli Numero	
Radiologia diagnostica			5			
Angiografia e Radiologia inter- ventistica			1			
Radiologia pediatrica			1		Aggregato ad uno SRAU di Radiologia diagnostica (Ist. di radiologia).	
Recupero, rieducazione funzion.			1			
Riabilitazione cardiologica			2		Aggregati a divisione di Med. generale (Med. I) e div. di cardiologia.	
Riabilitazione neuropsicologica			1		Aggregato a divisione di Neurologia (Clinica neurologica II).	
Riabilitazione ortopedica			1	20		
Riabilitazione pediatrica			1		Aggregato a divisione di Pediatria.	
Senologia			1		Aggregato a divisione di Chirurgia generale (Div. Chirurgica I^).	
Senologia diagnostica			1			
Splenoepatologia			1			
Terapia intens. delle connettiv.			1		Aggregato a divisione di Reumatologia.	
Terapia intensiva endoscopica			1		Aggregato ad uno SRAU di Anestesia e rianimazione (Ist. anest. e rian.)	
Terapia iperbarica			1		Aggregato ad uno SRAU di Anestesia e rianimazione (Ist. anest. e rian.)	
Terapia medica			1			
Tossicol. forense e antidoping			1		Aggregato allo SRAU di Medicina legale.	
Trapianto di midollo osseo			1		Aggregato a divisione di Ematologia e oncologia pediatrica.	
Trasfusionale e di immunologia			1			
Trattamento locoregionale delle neoplasie			1		Aggregato a divisione di Chirurgia generale (Pat. Chir. I^).	
UCIC			2		Aggregati a divisione di Medicina generale (I div.) e Cardiologia con disponibilità rispettivamente di 8 e 10 p.l. di terapia intensiva.	
Virologia			1			
Dialisi			2	34 pd.	Espletati da divisioni di Nefrologia (Nefrologia I e II) di cui 4 p.l. ad indirizzo geriatrico in nefrologia I^.	
TOTALE SERVIZI		2	64	76	4	256
TOTALE GENERALE	63	18	64	76	4	3913

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

ULSS 21- PADOVA

## SERVIZI IGIENICI ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Sovrintendenza sanitaria	1 srau
Direzione sanitaria	3 srau
Bioingegneria	1 srag

\* Compresi un servizio di Medicina preventiva per gli operatori del presidio, un servizio di Igiene ambientale ospedaliero ed un servizio per il controllo e la prevenzione delle infezioni ospedaliere.

## STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEGENTI AL 31.12.67	187
---------------------	-----

## I - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Parco dei Tigli" Teolo (PD)	B/100	129	110	Riabilitazione psico-sociale
C.d.C. "Trieste" (PD)	B/110			O.R.L. a forfait - Day Hospital di riabilitazione foniatria
C.d.C. "Villa Maria" (PD)	B/120	140	100	Medicina generale - Cardiologia - Chirurgia generale - Ostetricia e ginecologia - Lungodegenza riabilitativa -

DENOMINAZIONE	PRESIDIO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Abano Terme" Abano Terme (PD)		205	185	Medicina generale - Cardiologia - Lungodegenza riabilitativa - Chirurgia generale - Chirurgia cervico-facciale - Chirurgia en- doscopica gastroenterologica e biliopancreatica - Ostetricia e ginecologia - Ortopedia e trauma- tologia - Recupero e rieducazione funz. - Pronto soccorso - Urolo- gia - Pneumologia

CM - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: C.R. "La Nostra Famiglia" - Padova

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Polivalente per soggetti disabili fisici-psichici-sensoriali in età evolutiva	Ambulatoriali - diurne	Diagnostico - terapeutico - riabilitative

CM - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: U.I.L.D.M. - Padova

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Monovalente per soggetti disabili adulti affetti da forme miodistrofiche	Ambulatoriali	Diagnostico - terapeutico - riabilitative

CM - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: "A.I.S.M." - Padova

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Monovalente per soggetti disabili fisici in età evolutiva ed adulta	Ambulatoriali	Diagnostico - terapeutico - riabilitative

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.21

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area	osog:regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	280	340	309	263	214
CLINICHE	CHIRURGIA	240	280	259	241	171
	DERMATOLOGIA	130	160	144	133	94
	DIABETOLOGIA	120	140	112	129	132
	GERIATRIA	10	40	1	70	18
	GASTROENTEROLOGIA	40	70	59	40	10
	MEDICINA INTERNA	100	110	108	110	92
	MED. SPORTIVA	60	100	84	55	36
	NEUROLOGIA	70	90	70	65	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	20	30	18	27	13
	OCULISTICA	190	220	197	196	173
	ODONTOIATRIA	170	220	169	224	183
	ONCOLOGIA MEDICA	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	180	200	173	188	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	240	320	289	207	186
	OTDRIND	220	260	230	239	168
	PEDIATRIA	130	170	155	113	115
	PNEUMOLOGIA	150	240	203	129	89
	PSICHIATRIA	40	60	35	44	58
	REUMATOLOGIA	20	30	18	30	10
	UROLOGIA	40	60	43	35	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		2470	3180	2676	2538	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	6100	7000	6985	6420	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOG.	750	800	742	779	662
	ANAT. IST. PAT.	80	100	71	102	82
	MED. NUCLEARE	20	30	16	18	12
TOTALE DIAGNOSTICA		6950	7930	7414	7319	5940
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	2300	2800	2756	2699	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA	130	190	174	130	60
	NEFROLOGIA e DIALISI	50	70	43	50	79
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		2480	3060	2973	2879	1612

REGIONE VENETO - ULSS 22 - ESTE-MONTAGNANA - Popolazione residente al 31/12/87: 03.015  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 22	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Divi-Sez. sione	Sez. Serv. aut. aggr.	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>			
Chirurgia generale	2		100 Compresi posti letto per attività Urologica in unica sede.
Geriatría	1		50
Medicina generale	2		104 Compresi posti letto di isolamento e di Lungodegenza riabilitativa in unica sede.
Neurologia	1		30
Oculistica	1		20
Ortopedia e traumatologia	1		64
Otorinolaringoiatria	1		30
Ostetricia e ginecologia	1		All'area omogenea materno-infantile sono attribuiti complessivamente 65 posti letto per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche pediatriche e di patologia neonatale. Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 4 per terapia sub-intensiva.
Patologia neonatale		1	
Pediatria	1		65
Assistenza neonatale		1	30 culle Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>-TOTALE STRUTTURE</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>471</b>

REGIONE VENETO - ULSS 22 - ESTE-MONTAGHANA - Popolazione residente al 31/12/87: 83.815  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 22	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Posti letto Numero	
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>				
Accettazione e pronto soccorso		1		
Anestesia e rianimazione		2		Il servizio si fa carico anche dell'attività di terapia Antalgica. Posti letto per terapia intensiva in unica sede.
Cardiologia		1		Per l'attività di U.C.I.C. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Diabetologia		1		Espletato da divisione di Medicina generale.
Dietetica		1		
Endoscopia digestiva		1		Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia		1		
Istologia e anatomia patologica		1		
Laboratorio di analisi		2		
Neurofisiopatologia		1		Espletato da divisione di Neurologia.
Psichiatria		1	16	
Radiologia		2		
Recupero, rieducazione funzioni		1		
Trasfusionale e di immunologia		1		Servizio Trasfusionale con sezione presso l'ULSS 9.
Dialisi		1	8 pd	Ad assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale in collegamento con la divisione di Nefrologia dell'ULSS 21.
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>13</b>	<b>5</b>	<b>32</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>503</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

CON I PROCESSI DI RAZIONALIZZAZIONE E DI RIORGANIZZAZIONE INDOTTI DAL PRESENTE PIANO SI RENDERANNO DISPONIBILI NEGLI STABILIMENTI DELL'ULSS SPAZI PER ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

**SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI**

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.22

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. #1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	40	150	34	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	180	200	187	179	171
	DERMATOLOGIA	100	150	132	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	0	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	0	12	18
	MEDICINA INTERNA	180	380	342	105	92
	MED. SPORTIVA	50	80	60	23	36
	NEUROLOGIA	60	80	68	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	30	2	15	13
	OCULISTICA	140	160	133	134	173
	ODONTOIATRIA	150	170	146	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	240	260	239	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	160	180	156	162	186
	OTORINO	30	130	27	139	160
	PEDIATRIA	140	200	185	99	115
	PNEUMOLOGIA	50	80	43	67	89
	PSICHIATRIA	50	70	49	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	30	40	20	19	30
	TOTALE SPECIALITA' CLINICHE	1660	2530	1831	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4500	4800	4443	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGR.	750	800	863	648	662
	ANAT. IST. PAT.	80	100	89	39	82
	TOTALE DIAGNOSTICA	5330	5700	5395	5122	5928
TERAPIA	RAD. TERAPIA FISICA	550	1200	580	1101	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA (1)					
	NEFROLOGIA E DIALISI	60	70			
	TOTALE TERAPIA STRUMENTALE	610	1270	580	1101	1473

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 23 - CONSELVE - Popolazione residente al 31/12/87: 166.691  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.G.R. 1989-1991 -

ULSS 23	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Serv. aggr.	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Chirurgia generale	2		1		160
Geriatrics	2				80
Lungodegenza riabilitativa	1				56
Medicina generale	3				192
Neurologia	2				85
Oculistica	1				20
Ortopedia e traumatologia	2				80
Otorinolaringoiatria	1		1		45
Ostetricia e ginecologia	2				
Patologia neonatale			2		
Pediatria	2				104
Urologia	1				30
Assistenza neonatale			2		25 culle
<b>-TOTALE STRUTTURE</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>2</b>		<b>852</b>

Compresi posti letto di isolamento e di Riabilitazione cardiologica.

Alle due aree omogenee materno-infantili sono attribuiti complessivamente 110 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche, pediatriche e di patologia neonatale con 6 p.l. per terapia sub-intensiva.

Compresi posti letto di isolamento.

Funzione multizonale per Ulss 22.

Aggregate a divisioni di Pediatria.

REGIONE VENETO - ULSS 23 - CONSELVE - Popolazione residente al 31/12/87:166.691  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 23	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE		
	Formula organizzativa						
Funzioni	Divi-ione	Sez. aut.	Sez. aggr. aut.	Serv. aggr. vizio	Posti letto Numero		
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>							
Accettazione e pronto soccorso		2					
Anestesia e rianimazione		3			0 Per terapia intensiva in un solo stabilimento.		
Cardiologia		1			20 I servizi si fanno carico anche dell'attività di terapia Antalgica - Comprendenti di 8 p.l. per l'attività di U.C.I.C. e 12 p.l. per terapia sub-intensiva. Con attività di Riabilitazione cardiologica.		
Diabetologia			1		Espletato da divisione di Medicina generale.		
Dietetica			1				
Endoscopia digestiva			1		Espletato da divisione di Medicina e Chirurgia generale.		
Farmacia		1					
Istologia e anatomia patologica		1					
Laboratorio di analisi		3					
Neurofisiopatologia			1		Aggregato a divisione di Neurologia.		
Odontostomatologia		1			Con 4 poltrone e con disponibilità di 10 posti letto in servizio auto- nomo di Chirurgia generale.		
Psichiatria		1			16 Con organizzazione dipartimentale su due equipe.		
Radiologia		3					
Recupero, rieducazione funzion.		1					
Trasfusionale e di immunologia		1					
Dialisi				1	12 pd Ad assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale in collegamento con la divisione di Nefrologia dell'ULSS 21.		
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>10</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>44</b>		
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>1</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>096</b>

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

LO STABILIMENTO TERNALE DI BATTAGLIA TERRE VIENE RICONVERTITO QUALE CENTRO REGIONALE PER L'ATTIVITA' RIABILITATIVA.  
 LE STRUTTURE DELLO STABILIMENTO DI CONSELVE POTRANNO TROVARE L'OTTIMALE UTILIZZO MEDIANTE STIPULA DI APPOSITA CONVENZIONE CON L'ULSS 21 E L'UNI-  
 VERSITA' DI PADOVA PER ATTIVITA' CHIRURGICA PROGRAMMATA.

ULSS 23 - CONSELVE

## SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srav

## STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEGENTI AL 31.12.87	44
---------------------	----

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.23

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. \$1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	150	180	142	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	190	240	205	179	171
	DERMATOLOGIA	90	110	104	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	7	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	9	12	18
	MEDICINA INTERNA	160	320	281	105	92
	MED. SPORTIVA	20	40	13	23	36
	NEUROLOGIA	70	110	95	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	30	2	15	13
	OCULISTICA	160	170	152	134	173
	ODONTOIATRIA	170	190	170	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	240	280	255	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	180	190	178	162	186
	PEDIATRIA	170	220	196	139	168
	PEDIATRIA	120	150	132	99	115
	PNEUMOLOGIA	70	90	61	67	89
	PSICHIATRIA	40	70	35	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	40	60	47	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1930	2620	2084	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5100	5600	5468	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGG.	650	700	695	648	662
	ANAT. IST. PAT.	60	70	53	39	82
TOTALE DIAGNOSTICA		5810	6370	6216	5122	5928
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1300	1800	1600	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	30	60	24	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1330	1860	1624	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 24 - VERONESE ORIENTALE - Popolazione residente al 31/12/87: 01.200  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 24	STRUTTURE E DOTAZIONI					DIRETTIVE
	Formula organizzativa					
Funzioni	Divi-ione	Sez. aut.	Sez. agr.	Serv. aut.	Serv. agr.	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>						
Chirurgia generale	2					120 Compresi i posti letto per la sezione di ORL.
Geriatrica	1					60
Medicina generale	2					144 Compresi posti letto di isolamento.
Ortopedia e traumatologia	1					64
Otorinolaringoiatria		1				Sezione aggregata a divisione di Chirurgia generale.
Ostetricia e ginecologia	1	1				All'area omogenea materno-infantile sono attribuiti complessivamente 160 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche, pediatriche e di patologia neonatale con 4 p.l. per terapia sub-intensiva.
Patologia neonatale			1			
Pediatria	1					60 Compresi posti letto di isolamento.
Assistenza neonatale			1			15 culle Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>-TOTALE STRUTTURE</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>2</b>			<b>448</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>						
Accettazione e pronto soccorso		1				
Anestesia e rianimazione		2				8 Per terapia sub-intensiva - relativi ad un servizio. I servizi si fanno carico anche dell'attività di terapia Antalgica
Cardiologia		1				Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Diabetologia			1			Aggregato a divisione di Medicina generale.
Dietetica		1				
Endoscopia digestiva				1		Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia		1				
Istologia e anatomia patologica				1		Espletato dall'ULSS 25.
Laboratorio di analisi		2				
Psichiatria		1				16
Radiologia		2				
Recupero, rieducazione funzioni		1				32
Trasfusionale e di immunologia				1		Sezione del servizio trasfusionale dell'ULSS 25.
Urologia		1				15
Dialisi				1	6 pd	Ad assistenza limitata - espletato da divisione di medicina generale in collegamento con la divisione di Nefrologia medica dell'ULSS 25.
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>12</b>	<b>1</b>	<b>5</b>		<b>71</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>519</b>

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

CON LA PREVISTA EDIFICAZIONE DEL NUOVO OSPEDALE UNICO DI ULSS, VERRANNO NELLO STESSO RIUNIFICATE TUTTE LE ATTIVITA' DI DEGENZA, GLI STABILIMENTI ATTUALMENTE IN FUNZIONE POTRANNO ESSERE RICONVERTITI PER ATTIVITA' POLISPECIALISTICHE AMBULATORIALI, DI DAY-HOSPITAL E SOCIO-ASSISTENZIALI.

ULSS 24 - VERONESE ORIENTALE

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.24

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1984		
		PRESTAZ. 1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	150	180	141	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	140	180	133	179	171
	DERMATOLOGIA	70	90	67	62	94
	DIABETOLOGIA	120	200	187	40	132
	GERIATRIA	10	20	1	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	20	40	25	12	18
	MEDICINA INTERNA	30	90	21	105	92
	MED. SPORTIVA	20	40	14	23	36
	NEUROLOGIA	40	60	30	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	30	8	15	13
	OCULISTICA	170	220	197	134	173
	ODONTOIATRIA	220	320	298	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	190	240	180	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	100	170	102	162	186
	PEDIATRIA	150	170	149	139	168
	PEDIATRIA	90	110	84	99	115
	PNEUMOLOGIA	10	70	0	67	89
	PSICHIATRIA	90	140	121	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	10	30	1	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1660	2450	1759	1700	2069
ATTIVITA' DIAGNOSTICA	LABORATORIO ANALISI	5100	6000	5935	4435	5184
	RADIOLOGIA/ECOGRAF.	650	700	632	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		5750	6700	6567	5083	5846
TERAPIA STRUMENTALE	RIAB. TERAPIA FISICA	1100	1400	1077	1101	1473
	NEFROLOGIA e DIALISI	30	60	29	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1130	1460	1106	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 25 - VERONA - Popolazione residente al 31/12/87: 301.314

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 25	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Posti Ser- vizio Numero	
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>				
Alcolologia	1		10	Aggregata a 1 divisione di Neurologia
Cardiologia	1		35	Con Sezione Pediatrica
Cardiologia	1		40	
Chirurgia della mano	1		16	Aggregata a 1 divisione di Ortopedia e traumatologia
Chirurgia epato-pancreatica	1		15	Aggregata a 1 divisione di Chirurgia generale
Chirurgia generale	6		266	Di cui: 1 con funzioni di Chir. d'urgenza collegata con il Dip. d'urg., 1 con Centro trapianti renali e Dialisi per trapianto renale
Chirurgia plastica	1		35	
Chir. toracica e cardiovascol.	1		55	
Chirurgia vascolare	1		20	Aggregata a 1 divisione di Chirurgia generale
Cure intensive geriatriche	1		20	Aggr. a 1 div. di Geriatria in relazione al primario che dirige il Dip.
Dermatologia	1		30	Compreso Centro per M.T.S.
Diagnosi e terapia scoliosi	1		16	Aggregata a 1 divisione di Ortopedia e traumatologia
Diagnosi e ter. endosc. urolog.	1		15	Aggregata a divisione di Urologia
Dietetica e nutrizione clinica	1		16	Aggregata a 1 divisione di Medicina generale
Ematologia	1		30	
Endocrinologia	1		30	
Gastroenter. e endosc. digest.	1		45	
Geriatrics	4		230	
Lungodegenza medica	1		88	
Malattie infettive	1		40	
Medicina generale	5		200	
Nefrologia medica	1		30	
Neurochirurgia	3		100	Di cui 1 Div. (1a 3^) con Unità spinale e disponibilità di 4 p.l. spe- cifici nell'ambito delle cure intensive della Neurochirurgia.
Neurologia	2		100	Compresa Sez. per Cerebropatie vascolari in una sola divisione.
Neuropatologia	1		10	Aggregata a 1 divisione di Neurologia

REGIONE VENETO - ULSS 25 - VERONA - Popolazione residente al 31/12/87: 301.314  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, FORAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALISMI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 25	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE		
	Formula organizzativa						
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aggr.	Serv. vizio	Posti letto Numero	
Oculistica	1					45	Compresi 5 p.l. per Centro per la profilassi e terapia delle affezioni retiniche
Oncologia medica	1					30	
Ortopedia e traumatologia	2					120	
Ortopedia e traumat. geriatrica		1				16	Aggregata a 1 divisione di Ortopedia e traumatologia
Ostetricia e ginecologia	2					134	
Otorinolaringoiatria	2					60	
Patologia neonatale		2				30	Aggregate a 1 div. di Pediatria compresi 8 p.l. G.I. e 2 p.l. Dialisi
Patologia ostetrico-ginecolog.		1				10	Aggregata a 1 divisione di Ostetricia e ginecologia
Pediatria	2					60	
Pneumologia	1					45	
Radioterapia	1					30	
Reumatologia		1				8	Aggregata a 1 divisione di Medicina generale
Riabilitazione cardiologica	1					32	
Urologia	1					60	
Assistenza neonatale		2				150 culla	Aggregate a 1 divisione di Pediatria
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>45</b>	<b>14</b>				<b>2192</b>	

REGIONE VENETO - ULSS 25 - VERONA - Popolazione residente al 31/12/87: 301.314  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 25	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Divi-Sez.	Sez. Serv. Serv. Ser- sione aut. aggr. aut. aggr. vizio	Posti letto Numero
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>			
-			
Accettazione e pronto soccorso	2		16 Nell'ambito del Dipartimento d'urgenza p.l. per Ansteria
Allergologia	1		
Anestesia e rianimazione	5		49 Di cui 17 p.l. presso l'ospedale policlinico per i due SR di Anestesia e rianimazione, 10 p.l. per il I^ SR di Anest. e rian. dell'OCC (Rian. Gen.) e 14 p.l. per il III^ SR di Anest. e rian. per terapia intensiva della Neurochirurgia.
Anest. e rian. per Prev. e Ass. za	1		0 Aggregato a 1 SRAU di Anestesia e rianimazione
Insuff. respir. Mal. neuromuscol.			
Anestesia per Terapia antalgica	1	1	4 SRAG aggregato a 1 SRAU di Anestesia e rianimazione. P.l. in area omogenea con Accettazione e P.S.
Angiografia	1	1	1 SRAG aggregato a 1 SRAU di Radiologia Diagnostica
Artroscopia		1	Aggregato a 1 divisione di Ortopedia e Traumatologia
Auxologia	1		Con Centro di Eugenetica e Ortogenesi
Cardiologia	1		10 Attiv. cardiologica geriatrica nell'unità di Cure intens. geriatriche, con possibilità di att. di Emodinamica c/o osonimo SRAG della Div. di Card.
Centro mucoviscidiosi	1		25 Compresa attività per le malattie respiratorie croniche in età pediatrica.
Centro per la lotta contro le malattie cardiovascolari		1	Aggregato a divisione di Cardiologia
Centro ustioni	1		16 Compresa attività di Chirurgia plastica ricostruttiva delle ustioni
Chirurgia endoscopica d'urgenza		1	Aggregato a 1 divisione di Chirurgia generale
Chirurgia epato-biliare		1	Aggregato a 1 divisione di Chirurgia generale
Chirurgia geriatrica	2		25 10 p.l. in area omogenea con I Div. Chir. e 15 p.l. in area omogenea con Clinica chir.
Chirurgia maxillo-facciale	1		15 Più 4 poltrone. In area omogenea con SRAU di Ortopedia e Med. dello sport
Chirurgia pediatrica	1		15
Chirurgia proctologica	1		12
Chirurgia stereotassica		1	Aggregato a 1 divisione (1a 3^) di Neurochirurgia
Citologia		2	Aggregati a SRAU di Istologia e anatomia patologica
Cure intensive cardio-chirurg.		1	16 Con disponibilità di p.l. per Div. di Chirurgia toracica e cardiovascolare e divisione di Cardiocirurgia in dipartimento con il II^ SR di Anestesia e rianimazione dell'OCC.
Diabetologia		1	Aggregato a 1 divisione di Geriatria
Diagnosi e terapia AIDS		1	Aggregato a divisione di Malattie infettive
Diagn. e cura mal. cerebrovascol.		1	Aggregato a 1 divisione (1a 2^) di Neurochirurgia
Diagnostica di laboratorio ai fini forensi		1	Aggregato a SRAU di Medicina legale e delle assicurazioni

REGIONE VENETO - ULSS 25 - VERONA - Popolazione residente al 31/12/87: 301.314  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.G.R. 1989-1991 -

ULSS 25	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Divi-Sez. /ioneaut.	Sez. Serv. /aggr. aut.	Posti letto /vizio /Numero
Emodinamica		1	Aggregato a divisione di Cardiologia
Endocrinochirurgia		1	16 In area omogenea con Clinica chirurgica
Endocrinologia pediatrica		1	10 In area omogenea con Clinica pediatrica
Endoscopia respiratoria		1	
Farmacologia		2	
Farmacologia medica		1	
Fisica x tecnologie biomediche		1	
Fisica sanitaria		1	
Fisiopatologia applicata		1	16 In area omogenea con Clinica medica
Fisiopatologia cardiorespirat.		1 1	SRAG aggregato a 1 divisione di Medicina generale SR espletato da 1 divisione di Pediatria
Fisiopatologia digestiva		2	Aggregati a 1 Div. di Medicina gen. e a Div. di Gastroent. ed end. dig.
Fisiopatologia respiratoria		1	Aggregato a divisione di Pneumologia
Gastroenterol. ed Endoscop. dig.		1 1	SRAG aggregato a 1 divisione di Medicina generale
Genetica medica		1	Aggregato a 1 Div. di Pediatria, nell'ambito del Centro Reg. x lo studio delle epidemiologie delle malformazioni congenite e la diagn. prenatale
Immunologia		1	Con Centro regionale per la diagnosi (RIS)
Immunostochimica		1	Aggregato a 1 SRAU di Istologia e anatomia patologica
Istologia e anatomia patologica		2	
Istopatologia cutanea		1	Aggregato a divisione di Dermatologia
Laborat. analisi chimico-cliniche ed ematologiche		3	
Labor. patol. genetica e prenatal.		1	Aggregato a 1 SRAU di Laborat. analisi chimico-cliniche ed ematologiche
Labor. per produzione eroderivati ed exocitoferesi		1	Espletato da SRAU di Trasfusione
Logopedia		1	Aggregato a 1 SRAU di Recupero e rieducazione funzionale

REGIONE VENETO - ULSS 25 - VERONA - Popolazione residente al 31/12/87: 301.314

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.G.R. 1989-1991 -

ULSS 25	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE	
	Formula organizzativa		Posti		
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. Serv. aggr.	Sez. Serv. aggr.	Posti letto vizio Numero
Malattie del midollo e del sistema nervoso periferico			1		Aggregato a 1 divisione (la 1 <sup>a</sup> ) di Neurochirurgia
Mal. vascol. arteriose centrali e periferiche e dell'ipertensione arteriosa dell'anziano			1		Aggregato a 1 divisione di Geriatria
Malattie del ricambio			1	16	Compresi p.l. di T.I. metabolica in area omogenea con Patologia medica
Medicina del lavoro			1	20	
Medicina generale			1	16	In area omogenea con Patologia medica
Medicina e traumat. dello sport			1	16	In area omogenea con SRAU di Chirurgia maxillo-facciale
Medicina legale e delle ass.			1		Con Centro di Medicina delle catastrofi
Medicina nucleare			1		
Microbiologia e virologia			2		
Nefrologia pediatrica			1		Espletato da 1 divisione di Pediatria
Neurochirurgia pediatrica			1		Aggregato a 1 divisione (la 2 <sup>a</sup> ) di Neurochirurgia
Neurofisiologia clinica			1		Per attività di diagnosi e prevenzione delle insufficienze respiratorie nelle malattie neuromuscolari.
Neurofisiopatologia			2		Aggregati a divisioni di Neurologia
Neuropsichiatria infantile			1	1	10 Area omogenea con Chir. pediatrica. SRAG aggreg. a 1 Div. di Neurologia
Neuroradiologia			1		Con annesso Centro di neuroradiologia interventzionale
Nutrizione enterale chirurgica			1		Aggregato a 1 divisione di Chirurgia generale
Nutrizione parenterale totale			1		Aggregato a 1 SRAU di Farmacia
Odontoiatria			1	15	Più 8 poltrone. In area omogenea con Chirurgia vascolare
Ortodonzia			2		Espletato da SRAU di Odontoiatria e 1 da SRAU di Chir. maxillo-facc.
Patol. del metabolismo minerale			1		Aggregato a 1 divisione di Medicina generale
Prevenz e assistenza insuffic. respirat. nelle mal. neuromuscol.			1		Aggregato a 1 divisione di Neurologia
Psichiatria			4	48	1 SRAU senza p.l. con attività di salute mentale
Psicologia medica			1		
Psicoterapia			1		
Radiologia diagnostica			4		
Radioprotezione medica			1		Aggregato a SRAU di Medicina legale e delle assicurazioni
Recupero, rieducazione funzion.			3	1	32 Di cui 1 SRAU ad indirizzo riabilitativo geriatrico 1 SRAG aggregato a SRAU di Recupero e rieducazione funzionale
Riabilitazione funzionale			1		Aggregato a 1 divisione di Geriatria
Rieducazione enterostomizzati			1		Aggregato a 1 divisione di Chirurgia generale

REGIONE VENETO - ULSS 25 - VERONA - Popolazione residente al 31/12/87: 301.314  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 25	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE	
	Formula organizzativa					
Funzioni	Divi-Sez.	Sez.	Serv. Serv.	Posti letto		
	sioneaut.	aggr.aut.	aggr.vizio	Numero		
TBC polmonare		1		20		
Tossicologia industriale		1				
Trasfusione		1			Servizio trasfusionale con Sezione presso l'ULSS n. 24	
Trapianto midollo emopoietico		1			Aggregato a divisione di Ematologia	
Traumatologia del cranio		1			Aggregato a 1 divisione (1a 3^) di Neurochirurgia	
Traumatol. colonna vertebrale		1			Aggregato a 1 divisione (1a 1^) di Neurochirurgia	
UCIC			1	20	18 p.l. per C.I. e 12 p.l. per C. Seaint. espletato da Div. di Cardiol.	
Unità terapeutica geriatrica		4			Aggregati a divisioni di Geriatria	
Urodinamica		1			Aggregato a divisione di Urologia	
Urologia		1		20		
Dialisi			2	132 pd 1+2+2pdu	Espletati da divisione di Nefrologia medica	
TOTALE SERVIZI		64	46	10	486	
TOTALE GENERALE	45	14	64	46	10	2678

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Sovrintendenza sanitaria	1 srau
Direzione sanitaria	3 srau
Osservatorio epidemiologico di infettivologia e di medicina preventiva per il personale	1 srau
Emergenza - Urgenza sanitaria	1 srau
Bioingegneria	1 srag

STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEGENTI AL 31.12.87

341

## I1 - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Chierago e Perbellini" Verona	B/100	79	55	Medicina generale - Geriatria - Medicina riabilitativa - Urologia medica
C.d.C. "Villa Lieta" (VR)	B/120	90	45	Medicina generale - Geriatria - Chirurgia generale - Urologia - Ortopedia - O.R.L. - Neurochirurgia
C.d.C. "San Francesco" (VR)	B/110	72	40	Chirurgia generale - Ortopedia e traumatologia - Chirurgia plastica -
C.d.C. "Santa Chiara" (VR)	D/100	100	80	Riabilitazione psico-sociale
C.d.C. "Città di Verona"	A/120	110	10	Medicina generale e riabilitativa - Cardiologia - Chirurgia generale e riparatrice - Oncologia - Ostetricia e Ginecologia - Ortopedia e trauma- tologia - Urologia - Oculistica - Neurochirurgia

## IH - OSPEDALE CLASSIFICATO (art.1 legge n. 132/1968): OSPEDALE "VILLA S. GIULIANA" DI VERONA

## IH1 - STRUTTURE DI RICOVERO

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Riabilitazione psico-sociale	1 div.	120 pl	

## IH2 - SERVIZI DI DIAGNOSI, CURA E POLIAMBULATORIALE

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Direzione sanitaria	1 sr		
Cardiologia	1 sr		Convenzione con l'ospedale di Verona.
Laboratorio di analisi	1 sr		Convenzione con l'ospedale di Verona.
Radiologia	1 sr		Convenzione con l'ospedale di Verona.
Elettroencefalografia	1 sr		Convenzione con l'ospedale di Verona.

IL - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN GESTIONE DIRETTA

DENOMINAZIONE: Centro rieducazione Verona

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	DIRETTIVE
Monovalente per soggetti disabili prevalentemente fisici in età evolutiva ed adulta	Ambulatoriali - diurne	Diagnostico - terapeutico - riabilitativo

IM - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: Centro Medico Sociale "Claudio Santi" Don Calabria - Verona

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Monovalente per soggetti disabili prevalentemente fisici in età evolutiva e adulti	Ambulatoriali - diurne	Diagnostico - terapeutico - riabilitative

IN - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: "U.I.L.D.M." - Verona

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Monovalente per soggetti disabili affetti da forme miodistrofiche in età evolutiva e adulti	Ambulatoriale	Diagnostico - terapeutico - riabilitative

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.25

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. #1000ab		Urss	media	media
		min.	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	220	260	204	263	214
CLINICHE	CHIRURGIA	220	240	218	241	171
	DERMATOLOGIA	120	130	119	133	94
	DIABETOLOGIA	140	170	151	129	132
	GERIATRIA	90	170	157	70	18
	GASTROENTEROLOGIA	20	40	15	40	18
	MEDICINA INTERNA	100	130	112	110	92
	MED. SPORTIVA	20	50	19	55	36
	NEUROLOGIA	60	80	59	65	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	30	50	37	27	13
	OCULISTICA	190	220	195	196	173
	ODONTOIATRIA	240	320	292	224	183
	ONCOLOGIA MEDICA	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	240	207	188	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	100	180	104	207	186
	OTORINO	220	280	249	239	168
	PEDIATRIA	70	110	60	113	115
	PNEUMOLOGIA	40	100	36	129	89
	PSICHIATRIA	60	70	56	44	58
	REUMATOLOGIA	30	60	44	30	10
	UROLOGIA	30	50	26	35	30
	TOTALE SPECIALITA' CLINICHE	2240	2990	2360	2538	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5900	6200	6212	6420	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOCR.	750	900	826	779	662
	ANAT. IST. PAT.	100	160	142	102	82
	MED. NUCLEARE	20	30	19	18	12
	TOTALE DIAGNOSTICA	6770	7290	7199	7319	5940
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	2300	2800	2628	2899	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA	80	100	74	130	60
	NEFROLOGIA e DIALISI	60	80	58	50	79
	TOTALE TERAPIA STRUMENTALE	2440	2980	2760	2879	1612

REGIONE VENETO - ULSS 26 - VALPOLICELLA-BALDO-GARDA - Popolazione residente al 31/12/87: 137.754  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.G.R. 1989-1991 -

ULSS 26	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Serv. aut.	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Chirurgia generale	2				96
Geriatrics	1				48
Lungodegenza riabilitativa	1				32
Medicina generale	2				120
Neurologia			1		Aggregato a divisione di Medicina generale.
Ortopedia e traumatologia	2				146
Otorinolaringoiatria	1				30
Ostetricia e ginecologia	1				52
Patologia neonatale		1			10
Pediatria	1				52
Recupero e rieducaz. funzionale	1				90
Assistenza neonatale		1			10
<b>-TOTALE STRUTTURE</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>614</b>

Compresi posti letto di isolamento e di cardiologia.

Aggregato a divisione di Medicina generale.

Di cui una divisione con funzioni multizonali ed una divisione con aggregato servizio di Chirurgia della mano e con servizio di Chirurgia del ginocchio a Malcesine.

All'area omogenea Materno-infantile sono attribuiti complessivamente 52 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche, pediatriche e di patologia neonatale con 4 p.l. per ter. sub-intensiva.

Compresi posti letto di isolamento.

Funzione multizonale - compresi 15 p.l. per la riabilitazione dei paraplegici e compresi 15 p.l. per poliomielitici. Aggregata a divisione di Pediatria.

REGIONE VENETO - ULSS 26 - VALPOLICELLA-DALDO-GARDA - Popolazione residente al 31/12/87: 137.954  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 26	STRUTTURE E DOTAZIONI					DIRETTIVE
	Formula organizzativa					
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aggr.	Serv. vizio	Posti letto Numero
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>						
Accettazione e pronto soccorso		1				
Anestesia e rianimazione		2				8 Per terapia intensiva in unica sede. I servizi si fanno carico anche dell'attività di terapia Analgica. Con disponibilità di p.l. in divisione di Medicina generale.
Cardiologia		1				
Diabetologia			1			Espletato da divisione di Medicina generale.
Dietetica			1			
Endoscopia digestiva			1			Aggregato a divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia		1				
Fisiopatologia respiratoria		1				
Istologia e anatomia patologica		1				
Laboratorio di analisi		3				
Oculistica		1				10 In area omogenea con Chirurgia generale.
Proctologia			1			Espletato da divisione di Chirurgia generale.
Psichiatria		1				16 Con organizzazione dipartimentale su due equipe.
Radiologia		3				
Recupero, rieducazione funzion.			1	1		Un servizio aggregato ad una divisione di Ortopedia e traumatologia ed un servizio espletato da divisione ortopedia.
Riabilitazione cardiologica		1				32
Trasfusionale e di immunologia		1				Servizio trasfusionale con sezione presso l'ULSS 33 e l'Ospedale S. Cuore di Negrar.
Urologia		1				20
Dialisi			1		8 pd	Ad assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale in collegamento con la divisione di Nefrologia medica dell'ULSS 25.
<b>TOTALE SERVIZI</b>		10	2	5		86
<b>TOTALE GENERALE</b>	12	1	10	3	5	700

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

IL'OSPEDALE DI MALCESINE VIENE QUALIFICATO PER IL COMPLETAMENTO DEL CICLO RIABILITATIVO COMPRESA LA FASE DEL REINSEPIENTO SOCIALE (ATTIVITA' OCCUPAZIONALI).

ULSS 26 - VALPOLICELLA - BALDO - GARDA

## SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srav

## STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEBENTI AL 31.12.87	84
---------------------	----

1 - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE

PRESIDI DELL'ULSS ex art. 43 legge 833/78

DENOMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Villa Garda" (VR)	B/100	100	85	Medicina generale - Cardiologia - Gastroenterologia - Lungodegenza riabilitativa -

DENOMINAZIONE	PRESIDIO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Pederzoli" Peschiera del Garda (VR)		310	250	Medicina generale - Cardiologia - Neurologia - Geriatria - Chirurgia generale - Ostetricia e ginecologia - Ortopedia e traumatologia compreso centro di Artroscopia diagnostica e chirurgica - Pronto soccorso -

III - OSPEDALE CLASSIFICATO (art.1 legge n. 132//1968): OSPEDALE DI NEGRAR

III1 - STRUTTURE DI RICOVERO

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Medicina generale	1 div.	85 pl	
Pediatria	1 div.	30 pl	
Geriatrica	1 div.	100 pl	
Lungodegenza	1 div.	110 pl	
Chirurgia generale	1 div.	80 pl	Comprese 1 sez. aggregata di 10 pl. di Oculistica e di 1 sez. aggregata di 10 pl. di Otorinolaringoiatria.
Obstetricia e ginecologia	1 div.	30 pl	
Ortopedia e traumatologia	1 div.	60 pl	
Urologia	1 div.	30 pl	
Assistenza neonatale	1 sez	15 culle	Aggregata alla divisione di Pediatria.
Centro per le malattie tropicali	1 srau	25 pl	

III2 - SERVIZI DI DIAGNOSI, CURA E POLIAMBULATORIALE

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Direzione sanitaria	1 sr		
Accettazione e Pronto soccorso	1 sr		Espletato da sanitari di reparto.
Anestesia e rianimazione	1 srau		
Cardiologia	1 srag		Aggregato alla divisione di Medicina generale.
Laboratorio di analisi	1 srau		
Istologia e anatomia patologica	1 sr		Convenzione con l'ULSS 26
Trasfusione	1 sr		Sezione del servizio trasfusionale dell'ULSS 26
Radiologia	1 srau		
Recupero e rieducazione funz.	1 srau		Con annesso servizio per medullo e craniolesi cronici.
Dietetica	1 sr		
Farmacia	1 srau		
Epidemiologia e laboratorio per malattie tropicali	1 srau		

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.26

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog:	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	130	180	121	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	150	180	148	179	171
	DERMATOLOGIA	30	70	21	62	94
	DIABETOLOGIA	100	160	141	40	132
	GERIATRIA	10	20	8	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	20	30	11	12	19
	MEDICINA INTERNA	50	100	48	105	92
	MED. SPORTIVA	30	40	24	23	36
	NEUROLOGIA	10	50	8	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	30	60	42	15	13
	OCULISTICA	70	140	68	134	173
	ODONTOIATRIA	100	160	94	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	240	209	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	90	160	74	162	186
	OTORINO	140	160	134	139	168
	PEDIATRIA	30	90	20	99	115
	PNEUMOLOGIA	60	80	52	67	89
	PSICHIATRIA	50	70	42	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	URTOLOGIA	20	40	19	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1360	2090	1284	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	3500	4400	3463	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOSGR.	550	700	569	648	662
	ANAT. IST. PAT.	80	110	94	39	82
TOTALE DIAGNOSTICA		4130	5210	4126	5122	5928
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	750	1200	747	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	10	50	0	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		760	1250	747	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 27 - BOVOLONE - Popolazione residente al 31/12/87: 63.466  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 27	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Serv. aggr.	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Chirurgia generale	2				64
Medicina generale	2				112 Cospresi 10 p.l. di isolamento e 16 p.l. di Lungodegenza riabilitativa.
Neurologia	1				35
Ortopedia e traumatologia	2				64
Ostetricia e ginecologia	1	1			All'area omogenea materno-infantile sono attribuiti complessivamente 52 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche/ginec. e pediatriche
Pediatria			1		52 Cospresi posti letto di isolamento.
Assistenza neonatale		2			10 culle Aggregate a servizio autonomo di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1</b>		<b>327</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>					
Accettazione e pronto soccorso		1			
Anestesia e rianimazione		2			I servizi si fanno carico anche dell'attività di Terapia Antalgica.
Cardiologia		1			16 Comprensivi di 8 p.l. per l'attività di U.C.L.C. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Diabetologia			1		Espletato da divisione di Medicina generale.
Dietetica			1		
Endoscopia digestiva			1		Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia		1			
Istologia e anatomia patologica				1	Espletato dall'ULSS 20.
Laboratorio di analisi		2			
Neurofisiopatologia			1		Espletato da divisione di Neurologia.
Psichiatria		1			16
Radiologia		2			
Recupero, rieducazione funzional.		1			
Trasfusionale e di immunologia				1	Sezione del servizio trasfusionale dell'ULSS 20.
Urologia e Dialisi		1			20 12pd+2 pdu
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>12</b>	<b>6</b>		<b>52</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>379</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

CON I PROCESSI DI RAZIONALIZZAZIONE E DI RIORGANIZZAZIONE INDETTI DAL PRESENTE PIANO SI RENDERANNO DISPONIBILI NEGLI STABILIMENTI DELL'ULSS SPAZI PER ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

ULSS 27 - BOVOLONE

-----  
SERVIZI IGIENICI ORGANIZZATIVI  
-----

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srav

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.27

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Urss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	140	180	134	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	240	340	313	179	171
	DERMATOLOGIA	50	80	45	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	0	0	0
	GERIATRIA	10	29	0	2	18
	MEDICINA INTERNA	100	110	109	105	92
	MED. SPORTIVA	20	40	15	23	36
	NEUROLOGIA	120	260	229	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	30	3	15	13
	OCULISTICA	100	150	101	134	173
	ODONTOIATRIA	240	380	353	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	240	201	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	200	260	222	162	186
	OTORINO	100	150	98	139	168
	PEDIATRIA	160	280	249	99	115
	PNEUMOLOGIA	10	70	4	67	89
	PSICHIATRIA	80	110	91	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	20	40	18	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1860	2890	2185	1688	2051
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4900	5200	5161	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGG.	650	600	782	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		5550	6000	5943	5083	5846
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1500	1800	1776	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	80	140	121	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1580	1940	1897	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 20 - LEGNAGO - Popolazione residente al 31/12/87: 121.513  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALICRI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 20	STRUTTURE E DOTAZIONI			DIRETTIVE
	Formula organizzativa			
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aut.	Posti letto aggr. vizi Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>				
Cardiologia	1			50 Di cui 12 p.l. per terapia sub-intensiva. Con attività di Riabilita- zione cardiologica.
Chirurgia generale	3			128
Geriatrics	1			72
Lungodegenza riabilitativa	1	1		56 Aggregata a divisione di Medicina generale.
Medicina generale	3			176 Compresa la disponibilità di 6 p.l. per l'attività di isolamento e 10 p.l. assegnati allo SRAU di Nefrologia.
Neurologia	1			50
Oculistica	1			30
Ortopedia e traumatologia	2	1		112
Otorinolaringoiatria	1			30
Ostetricia e ginecologia	1	1		60 Aggregata ad una delle divisioni di Chirurgia generale.
Patologia neonatale		1		Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 6 per terapia sub-intensiva.
Pediatria	1	1		30 Coopresi posti letto di isolamento.
Radioterapia	1			30 Dotazione in area omogenea con Oncologia medica.
Urologia	1			45
Assistenza neonatale		1		30 culle Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>-TOTALE STRUTTURE</b>	<b>10</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>869</b>

REGIONE VENETO - ULSS 28 - LEGNAGO - Popolazione residente al 31/12/87: 121.513  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 28	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE	
	Formula organizzativa			Posti letto		
Funzioni	Divi-ione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Serv. aggr. vizio	Numero	
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA						
Accettazione e pronto soccorso		1				
Allergologia			1		SR espletato da Laboratorio analisi.	
Anestesia e rianimazione		2			8 Per terapia intensiva - relativi ad un solo servizio.	
Anestesia per Terapia analgica			1		Aggregato ad uno dei GRAU di Anestesia e rianimazione.	
Cardiologia			1		Espletato da divisione omonima.	
Diabetologia			1		Aggregato a divisione di Medicina generale.	
Dietetica			1			
Emodinamica			1		Espletato da divisione di Cardiologia.	
Gastroenterol.ed Endoscop.dig.		1				
Farmacia		1				
Fisica sanitaria			1		Aggregato a divisione di Radioterapia.	
Istologia e anatomia patologica		1				
Laboratorio di analisi		3				
Medicina nucleare			1		Aggregato a divisione di Radioterapia.	
Microbiologia			1		Aggregato ad uno dei servizi di laboratorio analisi.	
Neurofisiopatologia			1		Espletato da divisione di Neurologia.	
Neuropsichiatria infantile			1		Con disponibilità di p.l. in Pediatria.	
Odontoiatria		1			Con 4 poltrone.	
Oncologia medica			1		Aggregato a divisione di Radioterapia con 10 p.l.	
Psichiatria		1			16	
Radiologia		3				
Radioterapia			1		Espletato da divisione omonima.	
Recupero, rieducazione funzioni		1			Con disponibilità di 15 p.l. compresi nelle divisioni di Neurologia ed Ortopedia e traumatologia.	
Trasfusionale e di immunologia		1			Servizio trasfusionale con sezione presso l'ULSS 27.	
UCIC			1		8 Per terapia intensiva - espletato da divisione di Cardiologia.	
Nefrologia e Dialisi		1		14 pdu 2 pdu	Con 10 p.l. di Nefrologia compresi in una divisione di Medicina gen.	
TOTALE SERVIZI		17	7	7	32	
TOTALE GENERALE	18	3	19	7	7	901

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

ULSS 28 - LEGHAGO

:SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI :  
-----

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 Brau

:STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA :  
-----

DEGENTI AL 31.12.87	103
---------------------	-----

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.28

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. #1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omcg	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	260	320	289	223	214
CLINICHE	CHIRURGIA	150	170	143	155	171
	DERMATOLOGIA	50	90	41	78	94
	DIABETOLOGIA	70	110	69	70	132
	GERIATRIA	10	30	7	11	18
	GASTROENTEROLOGIA	20	30	11	1	18
	MEDICINA INTERNA	40	80	30	87	92
	MED. SPORTIVA	50	80	67	38	36
	NEUROLOGIA	60	80	58	71	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	20	40	20	7	13
	OCULISTICA	170	220	172	189	173
	ODONTOIATRIA	160	190	155	181	183
	ONCOLOGIA MEDICA	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	240	209	197	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	170	190	161	181	186
	OTORINO	180	200	188	158	168
	PEDIATRIA	160	220	196	148	115
	PNEUMOLOGIA	10	70	8	69	89
	PSICHIATRIA	70	90	76	53	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	0	10
	UROLOGIA	40	50	38	30	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1760	2560	1958	1947	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	5900	7200	7233	5291	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECGGR.	750	900	839	618	662
	ANAT. IST. PAT.	130	200	186	101	82
	MED. NUCLEARE	10	20	1	7	12
TOTALE DIAGNOSTICA		6790	8320	8259	6017	5940
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	340	1100	323	1133	1473
STRUMENTALE	RADIOTER.	70	100	86	35	60
	NEFROLOGIA e DIALISI	100	140	120	78	79
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		510	1340	529	1246	1612

REGIONE VENETO - ULSS 29 - ALTO PULESINE - Popolazione residente al 31/12/87: 82.871  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 29	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Sez. Serv. Aut. aggr.	Sez. Serv. Aut. aggr. vizio	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>			
Chirurgia generale	2		96
Geriatrica	1		32
Lungodegenza riabilitativa	1		64
Medicina generale	1		96
Oculistica	1		20
Ortopedia e traumatologia	1		32
Otorinolaringoiatria	1		30
Ostetricia e ginecologia	1		32
Pediatria	1		32
Assistenza neonatale	1		10 culle
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>10</b>		<b>402</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>			
Accettazione e pronto soccorso	1		
Anestesia e rianimazione	1		
Cardiologia		1	
Diabetologia		1	
Dietetica		1	
Endoscopia digestiva		1	
Farmacia	1		
Istologia e anatomia patologica		1	
Laboratorio di analisi		1	
Odontoiatria		1	
Psichiatria		1	16
Radiologia		2	
Radioterapia			
Recupero, rieducazione funzioni		1	
Trasfusionale e di immunologia		1	
Dialisi		1	6 pd
<b>TOTALE SERVIZI</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>16</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>418</b>

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, né i posti letto dialisi.

IN PREVISIONE DEL NUOVO OSPEDALE DI ULSS DI TRECENITA, COME DA PGR 1984-86, OCCORRE PROCEDERE ALL'UNIFICAZIONE DEI SERVIZI (PER CUI GLI ATTUALI RIMANGONO AD ESAURIMENTO) ED AD UNA GENERALE RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'.

ULSS 29 - ALTO POLESINE

## SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srav

## I - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Santa Maria Maddalena" Occhiobello (RO)	C/120	75	60	Medicina generale - Diabetologia - Chirurgia generale - Urologia -

## II - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE: Istituti Folesani per la cura e la tutela mentale- Ficarolo

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	FUNZIONI
Polivalente per soggetti disabili prevalentemente gravi in età evolutiva e adulti	Ambulatoriale - diurna - a tempo pieno (p.l. n. 200)	Assistenziale - riabilitative

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.29

AREA	FUNZIONI	PIANO 87/91		dati 1986		
		PRESTAZ. #1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	200	260	220	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	200	260	234	179	171
	DERMATOLOGIA	90	110	95	62	94
	DIABETOLOGIA	130	200	189	40	132
	GERIATRIA	10	30	0	12	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	20	0	2	18
	MEDICINA INTERNA	10	80	0	105	92
	MED. SPORTIVA	40	50	37	23	36
	NEUROLOGIA	30	60	25	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	30	5	15	13
	OCULISTICA	140	160	137	134	173
	ODONTOIATRIA	50	140	44	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	100	200	106	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	180	200	187	162	186
	OTORINO	190	280	258	139	168
	PEDIATRIA	120	150	138	99	115
	PNEUMOLOGIA	10	70	4	67	89
	PSICHIATRIA	80	130	111	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	10	30	2	19	30
	TOTALE SPECIALITA' CLINICHE	1630	2510	1792	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	3900	4600	3830	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGR.	650	700	692	648	662
	TOTALE DIAGNOSTICA	4550	5300	4522	5083	5846
TERAPIA	RIAD. TERAPIA FISICA	1000	1200	944	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	10	50	0	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
	TOTALE TERAPIA STRUMENTALE	1010	1250	944	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 30 - MEDIO POLESINE - Popolazione residente al 31/12/87: 93.383  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 30	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aut.	Serv. aggr. vizio	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Cardiologia	1				30 (Di cui 12 p.l. per terapia sub-intensiva. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Chirurgia generale	1				80 (Con aggregate sezioni di Chirurgia vascolare e Chirurgia toracica.
Dermatologia	1				30
Geriatrics	1				60
Lungodegenza riabilitativa	1				32
Malattie del ricambio		1			20 (Con indirizzo Diabetologico.
Malattie infettive	1				30
Medicina generale	1				70 (Con 10 p.l. assegnati allo GRAU di Nefrologia e Dialisi.
Neurologia	1				40
Oculistica	1				40
Ortopedia e traumatologia	1				56
Otorinolaringoiatria	1				30 (Coapreso centro di Rinologia.
Ostetricia e ginecologia	1				40 (Con aggregata sezione di Fisiopatologia prenatale (5 p.l.).
Patologia neonatale		1			(Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 4 per terapia intensiva e 6 per terapia sub-intensiva.
Pediatria	1				30
Pneumologia	1				40
Radioterapia	1				30 (Dotazione in area omogenea con Oncologia.
TDC polmonare		1			10 (Aggregata a divisione di Pneumologia.
Urologia	1				30
Assistenza neonatale		1		120 culle	(Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>-TOTALE STRUTTURE</b>	16	2	1		706

REGIONE VENETO - ULSS 30 - MEDIO POLESINE - Popolazione residente al 31/12/87: 93.383  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 30	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- zione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Serv. aggr.	Posti letto numero
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>					
Accettazione e pronto soccorso	1				
Anestesia e rianimazione	1			8	Per terapia intensiva.
Anestesia per terapia analgica	1				
Cardiologia	1				Espletato da divisione onomica.
Diabetologia	1				Espletato da divisione di Malattie del ricambio.
Dietetica	1				
Emodinamica	1				Espletato dalla divisione di Cardiologia.
Gastroenterol.ed Endoscop.dig.		1			Aggregato a divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Endoscopia respiratoria		1			Espletato da divisione di Pneumologia.
Farmacia	1				
Fisica sanitaria	1				
Fisiopatologia respiratoria		1			Espletato da divisione di Pneumologia.
Istologia e anatomia patologica	1				
Laboratorio di analisi	1				
Medicina legale e delle ass.	1				
Medicina nucleare	1				
Microbiologia	1				
Neurofisiopatologia		1			Espletato da divisione di Neurologia.
Odontoiatria	1				Con 8 poltrone. Compresa attivita' di chirurgia maxillo facciale.
Oncologia medica	1				Con disponibilita' di 10 p.l. in Radioterapia.
Osteoporosi		1			Aggregato alla divisione di Ortopedia e Traumatologia.
Psichiatria	1			16	
Radiologia	1				
Radinterapia		1			Espletato da divisione onomica.
Recupero, rieducazione funzion.	1			32	
Trasfusionale e di immunologia	1				Servizio trasfusionale con sezioni presso le ULSS 27 e 31.
UCIC	1			8	Per terapia intensiva - espletato da divisione di Cardiologia.
Nefrologia e Dialisi	1			12 pdu 2 pdu	Con 10 p.l. di Nefrologia compresi nella divisione di Medicina Generale
<b>TOTALE SERVIZI</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>64</b>	
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>9</b> <b>770</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culie di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

ULSS 59 - MEDIO POLESINE

## SERVIZI TECNICI ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau
Bioingegneria	1 srag

## STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEGENTI AL 31.12.87	245
---------------------	-----

## I - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE	FASCIA PARAMETRO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Città di Ravigo" (RO)	B/120	138	105	Medicina generale - Geriatria - Oncologia - Lungodegenza - Chirurgia generale - Oculistica

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n. 39

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Uls	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	290	380	354	261	214
CLINICHE	CHIRURGIA	180	240	203	136	171
	DERMATOLOGIA	170	300	260	129	94
	DIABETOLOGIA	400	700	697	332	132
	GERIATRIA	40	80	69	14	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	0	17	18
	MEDICINA INTERNA	80	90	72	70	92
	MED. SPORTIVA	10	40	9	38	36
	NEUROLOGIA	90	150	132	70	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	20	50	31	11	13
	OCULISTICA	220	280	259	189	173
	ODONTOIATRIA	220	280	243	211	183
	ONCOLOGIA MEDICA	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	240	320	293	193	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	220	240	209	208	186
	OTORINO	180	220	190	171	168
	PEDIATRIA	80	110	75	99	115
	PNEUMOLOGIA	130	200	184	115	89
	PSICHIATRIA	70	80	64	65	58
	REUMATOLOGIA	10	30	0	24	10
	UROLOGIA	40	50	33	42	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		2700	3900	3377	2395	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	6100	7200	7702	5232	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECGGR.	750	900	838	659	662
	ANAT. IST. PAT.	140	260	223	104	82
	MED. NUCLEARE	10	30	9	28	12
TOTALE DIAGNOSTICA		7000	8390	8772	6023	5940
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	300	1200	280	1580	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA	10	70	0	106	60
	NEFROLOGIA e DIALISI	160	260	228	166	79
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		470	1530	508	1846	1612

REGIONE VENETO - ULSS 31 - AURIA - Popolazione residente al 31/12/87: 93.560

STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, ORGANIZZAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 31	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Divi-Sez.	Sez. Serv. Serv. Ser- zione aut. aggr. aut. aggr. vizio	Posti Nelle Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>			
Chirurgia generale	1		72 Con disponibilità di 8 p.l. di terapia semi-intensiva in organizzazione dipartimentale con Anestesia e rianimazione.
Lungodegenza riabilitativa	1		56 Funzione multizonale per ULSS 32.
Medicina generale	2		136 Con disponibilità di 8 p.l. per terapia semi-intensiva cardiologica in organizzazione dipartimentale con SRAU di Cardiologia e U.C.I.C. dell' ULSS 30. Compresi posti letto di isolamento e 10 p.l. assegnati allo SRAU di Nefrologia.
Ortopedia e traumatologia	1		56
Otorinolaringoiatria	1		30 Funzione multizonale per ULSS 32.
Ositericia e ginecologia	1		All' area osogena materno-infantile sono attribuiti complessivamente 50 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche e pediatriche, compresi i p.l. di isolamento.
Pediatria	1		50 Comprese le culle di Assistenza neonatale.
Urologia	1		30
Assistenza neonatale	1		Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>9</b>		<b>430</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>			
Accettazione e pronto soccorso	1		
Anestesia e rianimazione	1		Il servizio si fa carico anche dell'attività di terapia Analgica.
Cardiologia	1		
Dietetica	1		
Endoscopia digestiva	1		Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia	1		
Istologia e anatomia patologica	1		
Laboratorio di analisi	2		
Oculistica	1		20
Psichiatria	1		16
Radiologia	2		
Recupero, rieducazione funzioni	1		Aggregato a divisione di Ortopedia e traumatologia.
Trasfusionale e di immunologia	1		Sezione del servizio trasfusionale dell'ULSS 30.
Nefrologia e Dialisi	1		Con 10 p.l. di Nefrologia compresi in divisione di Medicina generale.
			12 pd+ 2 pdu
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>12 1 3</b>	<b>36</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>9</b>	<b>12 1 3</b>	<b>466</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

L'OSPEDALE DI CAVAZZERE ASSUME UN INDIRIZZO MEDICO-RIABILITATIVO GARANTENDO, IN PROSPETTIVA, ATTIVITA' POLISPECIALISTICHE E POLIAMBULATORIALI, ATTIVITA' DI DAY-HOSPITAL NONCHE' ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

ULSS 31 - ADRIA

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srav

I - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE	PRESIDIO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "Madonna della Salute" Contarina (RO)		135	120	Medicina generale - Geriatria - Chirurgia generale - Ostetricia e ginecologia - Ortopedia e trauma- tologia - Pronto soccorso -

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.31

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Urss	media	media
		min	max		area omog:	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	190	220	194	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	200	280	244	179	171
	DERMATOLOGIA	60	90	57	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	0	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	0	12	18
	MEDICINA INTERNA	80	110	77	105	92
	MED. SPORTIVA	20	40	13	23	36
	NEUROLOGIA	20	60	10	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	15	13
	OCULISTICA	190	300	261	134	173
	ODONTOIATRIA	10	130	4	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	240	280	249	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	190	190	171	162	186
	OTORINO	220	340	304	139	168
	PEDIATRIA	70	110	67	99	115
	PNEUMOLOGIA	100	160	141	67	89
	PSICHIATRIA	50	70	40	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	40	80	64	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1730	2650	1896	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4300	4800	4342	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECUGR.	650	800	742	648	662
	ANAT. IST. PAT.	20	60	13	39	82
TOTALE DIAGNOSTICA		4970	5660	5097	5122	5928
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1000	1200	911	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	50	70	48	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1050	1270	959	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZIONALE IN RIFERIMENTO



REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1987/91

ATTIVITA' dei PRESIDII POLIAMBULATORIALI

ULSS n.32

AREA	FUNZIONI	PIANO 87/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 11000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	160	170	153	172	214
CLINICHE	CHIRURGIA	80	160	79	179	171
	DERMATOLOGIA	60	90	54	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	7	2	10
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	0	12	18
	MEDICINA INTERNA	40	90	37	105	92
	MED. SPORTIVA	20	40	12	23	36
	NEUROLOGIA	50	70	49	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	30	2	15	13
	OCULISTICA	170	280	251	134	173
	ODONTOIATRIA	70	150	66	145	103
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	50	180	49	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	160	180	159	162	186
	OTORINO	160	180	162	139	168
	PEDIATRIA	130	170	152	99	115
	PNEUMOLOGIA	100	180	163	67	89
	PSICHIATRIA	70	100	82	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	30	40	21	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1430	2300	1493	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4900	5200	5149	4435	5104
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGRAFIA	460	600	441	648	662
	ANAT. IST. PAT.	90	160	142	39	82
TOTALE DIAGNOSTICA		5450	5960	5732	5122	5928
TERAPIA	RIAD. TERAPIA FISICA	1500	2200	2035	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	60	70	51	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1560	2270	2086	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 33 - ISOLA DELLA SCALA - Popolazione residente al 31/12/87: 70.439  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALICRI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 33	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Divi-Sez. sione	Sez. Serv. aut. aggr.	Posti letto numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>			
Chirurgia generale	2		80 Con disponibilità di 10 p.l. per l'attività di Urologia che va svolta in area omogenea con la divisione di Chirurgia generale.
Lungodegenza riabilitativa	1		32
Medicina generale	2		80 Compresi posti letto di isolamento, per l'attività di Dermatologia.
Ortopedia e traumatologia	1		32
Ostetricia e ginecologia	1	1	All'area omogenea materno-infantile sono attribuiti complessivamente 60 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche e pediatriche, compresi posti letto di isolamento.
Pediatria	1		60
Traumatologia e riab.funzionale	1		32
Assistenza neonatale		1	20 culle Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>316</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>			
Accettazione e pronto soccorso	1		
Anestesia e rianimazione		2	8 Per terapia intensiva. I servizi si fanno carico anche dell'attività di terapia Antalgica.
Cardiologia		1	16 Comprensivi di 6 p.l. per l'attività di U.C.I.C.
Diabetologia		1	Espletato da divisione di Medicina generale.
Dietetica		1	
Endoscopia digestiva		1	
Farmacia		1	
Istologia e anatomia patologica		1	Espletato dall'ULSS 25.
Laboratorio di analisi		2	
Oculistica		1	20 Funzione multizonale per ULSS 27.
Psichiatria		1	16
Radiologia		2	
Recupero, rieducazione funzion.		1	Svolto dalla divisione di Riabilitazione ortopedica.
Trasfusionale e di immunologia		1	Sezione del servizio trasfusionale dell'ULSS 26.
Urologia		1	Posti letto compresi in Chirurgia generale.
Dialisi		1	6 pd Ad assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale in collegamento con la divisione di Nefrologia dell'ULSS 25.
<b>TOTALE SERVIZI</b>	<b>13</b>	<b>6</b>	<b>60</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>376</b>

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

CON I PROCESSI DI RAZIONALIZZAZIONE E RIORGANIZZAZIONE INDOTTI DAL PRESENTE PIANO SI RENDERANNO DISPONIBILI NEGLI STABILIMENTI DELL'ULSS SPAZI PER ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

REGIONE VENETO - ULSS 33 - ISOLA DELLA SCALA - Popolazione residente al 31/12/87: 78.349  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1988-1991 -  
 DOTAZIONI PREVISTE DALLA CONVENZIONE REGIONE-UNIVERSITA' DI VERONA

ULSS 33	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa			Posti	
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Serv. aggr.	Serv. aut.	letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Riabilitazione cardiologica	1				32 Di cui 15 p.l. di tipo post chirurgico.
Riabilitazione gastroenterol.	1				32 Di cui 15 p.l. di tipo post chirurgico.
Riabilitazione ortopedica	1				32
Riabilitazione neurologica	1				32 Di cui 15 p.l. di tipo post chirurgico.
Riabilitazione e prevenzione per la patologia vascolare	1				32 Di cui 15 p.l. di tipo post chirurgico-così trasformato l'attuale SRAU.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>5</b>				<b>160</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>					
Alcoologia con competenza psichiatrica			1		
Fisiopatologia cardiocircolat.		1			Svolgerà la propria attività in coordinamento con la divisione di Riabilitazione cardiologica.
Fisiopatologia digestiva		1			
Fisiopatologia respiratoria		1			Nell'arco di vigenza del Piano il servizio verrà aggregato all'attivando SRAU di Riabilitazione respiratoria.
Laboratorio analisi		1			
Neurofisiopatologia		1			
Radiologia		1			Così trasformato l'attuale SRAG aggregato a strutture dell'ospedale di Villafranca.
Riabilitazione respiratoria		1			16 In area omogenea con Riabilitazione cardiologica.
Rieducazione funzionale		1			Così trasformato l'attuale SRAG.
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>5</b>	<b>4</b>		<b>16</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>		<b>176</b>

REGIONE VENETO - ULSS 33 - ISOLA DELLA SCALA - Popolazione residente al 31  
TOTALE GENERALE

ULSS 33	STRUTTURE E DOTAZIONI					
	Formula organizzativa					
	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Posti letto Numero
Ospedale pubblico:						
Totale strutture	9	1				316
Totale servizi			13	6		60
Totale generale	9	1	13	6		376
Convenzione Regione-Università:						
Totale strutture	5					160
Totale servizi			5	4		16
Totale generale	5		5	4		176
TOTALE STRUTTURE	14	1				476
TOTALE SERVIZI			18	4	6	76
TOTALE GENERALE	14	1	18	4	6	552

ULSS 33 - ISOLA DELLA SCALA

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.33

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 11000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	80	160	79	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	90	160	80	179	171
	DERMATOLOGIA	50	80	42	52	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	1	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	20	50	17	12	18
	MEDICINA INTERNA	20	90	13	105	92
	MED. SPORTIVA	20	40	13	23	36
	NEUROLOGIA	10	50	6	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	15	13
	OCULISTICA	160	170	159	134	173
	ODONTOIATRIA	140	170	137	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTOPEDIA	200	240	197	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	80	160	72	162	186
	OTORINO	70	150	87	139	168
	PEDIATRIA	30	90	20	99	115
	PNEUMOLOGIA	10	70	0	67	89
	PSICHIATRIA	60	70	53	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	20	40	14	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1130	1930	990	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4900	5200	5156	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECDGR.	550	700	552	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		5450	5900	5708	5083	5846
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1500	1800	1650	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	50	70	40	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1550	1870	1690	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZIONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 34 - ARZIGNANO-MONTECCHIO MAGGIORE - Popolazione residente al 31/12/87: 73.982  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1989-1991 -

ULSS 34	STRUTTURE E DOTAZIONI		DIRETTIVE
	Formula organizzativa		
Funzioni	Divi-Sez. sioneaut.	Serv. Serv. Ser- aut. aggr. aut. aggr. vizio	Posti letto Mazerc
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>			
Chirurgia generale	2		104
Medicina generale	2		108 <i>Compresi 20 p.l. di Lungodegenza riabilitative.</i>
Ortopedia e traumatologia	1		55 <i>Compresa l'attività Chirurgica ortopedica del piede.</i>
Ostetricia e ginecologia	1		<i>All'area omogenea materno-infantile sono attribuiti complessivamente 170 p.l. di cui 60 per l'espletamento delle attività ostetriche/ginecologiche e 10 per l'espletamento delle attività pediatriche e di patologia neonatale con 4 p.l. per terapia sub-intensiva.</i>
Pediatria	1		70 <i>Compresi posti letto di isolamento.</i>
Assistenza neonatale	1		120 culle <i>Aggregata a divisione di Pediatria.</i>
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>7</b>		<b>345</b>
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>			
Accettazione e pronto soccorso	1		
Anestesia e rianimazione	2		0 <i>Per terapia intensiva - I servizi si fanno carico anche dell'attività di terapia Antalgica.</i>
Cardiologia	1		16 <i>Comprensivi di 0 p.l. per l'attività di U.C.I.C. Con attività di Riabilitazione cardiologica.</i>
Diabetologia		1	<i>Espletato da divisione di Medicina generale.</i>
Dietetica		1	
Endoscopia digestiva		2	<i>Espletati da divisioni di Medicina o Chirurgia generale.</i>
Farmacia		1	
Istologia e anatomia patologica		1	<i>Espletato dall'ULSS 8.</i>
Laboratorio di analisi		2	
Neurologia		1	20
Pneumologia ed endosc. resp.		1	<i>Espletato da divisione di medicina generale.</i>
Psichiatria		1	16
Radiologia		2	
Recupero, rieducazione funzioni		1	10
Trasfusionale e di immunologia		1	<i>Sezione del servizio trasfusionale dell'ULSS 8.</i>
Dialisi			10 pd <i>Ad assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale in collegamento con la divisione di Nefrologia dell'ULSS 8.</i>
<b>TOTALE SERVIZI</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>70</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>415</b>

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, ne' i posti letto dialisi.

CON I PROCESSI DI RAZIONALIZZAZIONE E DI RIORGANIZZAZIONE INDOTTI DAL PRESENTE PIANO SI RENDERANNO DISPONIBILI NEGLI STABILIMENTI DELL'ULSS SPAZII PER ATTIVITA' SOCIO-ASSISTENZIALI.

ULSS 34 - ARZIGNANO - MONTECCHIO MAGGIORE

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

STRUTTURA RESIDUA PSICHIATRICA

DEGENTI AL 31.12.87	86
---------------------	----

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIANDULATORIALI

ULSS n.34

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. 1000ab		Ulss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	190	200	186	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	180	200	185	179	171
	DERMATOLOGIA	30	70	22	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	0	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	30	60	42	12	18
	MEDICINA INTERNA	10	80	8	105	92
	MED. SPORTIVA	30	40	29	23	36
	NEUROLOGIA	40	60	34	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	15	13
	OCULISTICA	70	140	66	134	173
	ODONTOIATRIA	130	170	123	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	240	300	263	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	220	280	254	162	186
	OTORINO	100	150	99	139	168
	PEDIATRIA	80	110	78	99	115
	PNEUMOLOGIA	10	70	0	67	89
	PSICHIATRIA	70	80	66	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	0	1	10
	UROLOGIA	10	30	0	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1500	2210	1455	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4900	5200	5041	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGR.	750	800	803	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		5650	6000	5844	5083	5846
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	380	1100	373	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	40	60	32	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		420	1160	405	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 35 - SPETT. REGGENZA DEI SETTE COMUNI - Popolazione residente al 31/12/87: 21.273  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.G.R. 1987-1991 -

ULSS 35	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi-Sez.	Sez. Serv.	Serv. Ser-	Posti letto	
	zione aut.	aggr. aut.	aggr. vizio	Numero	
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Chirurgia generale	1			32	
Medicina generale	1			60	Cospresidi posti letto di isolamento e una sezione aggregata di Lungodegenza riabilitativa di 16 p.l.
Ortopedia e traumatologia	1			40	
Ostetricia e ginecologia	1				All'area ologena materno-infantile sono attribuiti complessivamente 20 p.l. per l'espletamento delle attività ostetriche, ginec. e pediatriche
Pediatria	1			20	Cospresidi posti letto di isolamento e le culle.
Riabilitazione neuromotoria	1			40	
Riabilitazione ortopedica	1			56	Strutture dipartimentali con funzione multistrutturale per l'intero territorio regionale.
Assistenza neonatale	1				Aggregato a divisione di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>7</b>			<b>256</b>	
<b>SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA</b>					
Accettazione e pronto soccorso		1			Espletato dai sanitari di reparto. Integrabile nei servizi di maggiore affluenza turistica.
Anestesia e rianimazione		1			Il servizio si fa carico anche dell'attività di terapia analgica.
Cardiologia			1		Espletato da divisione di Medicina generale.
Diabetologia			1		Espletato da divisione di Medicina generale.
Dietetica			1		
Endoscopia digestiva			1		Espletato da divisione di Medicina o Chirurgia generale.
Farmacia		1			
Istologia e anatomia patologica			1		Espletato da ULSS 5.
Laboratorio di analisi			1		
Lungodegenza riabilitativa		1			Aggregata a divisione di Medicina generale.
Odontoiatria			1		Aggregato a divisione di Chirurgia Generale.
Psichiatria			1		Con disponibilità fino a 5 p.l. in divisione di Medicina generale in collegamento con l'ULSS 5.
Radiologia			1		
Recupero, rieducazione funzioni			1		Aggregato a divisione di Ortopedia e traumatologia.
Trasfusionale e di immunologia			1		Sezione del servizio Trasfusionale dell'ULSS 5.
Dialisi			1	14 pd	In assistenza limitata - espletato da divisione di Medicina generale in collegamento con i servizi dialisi dell'ULSS 5.
<b>TOTALE SERVIZI</b>		<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>8</b>
<b>TOTALE GENERALE</b>	<b>7</b>		<b>1</b>	<b>5</b>	<b>2</b>
					<b>8</b>
					<b>256</b>

N.D. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, né i posti letto dialisi.

ULSS 35 - SPETT. REGGENZA DEI SETTE COMUNI

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.35

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1988		
		PRESTAZ. 1000ab		Urss	media	media
		min	max		area omog.	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	200	240	209	152	214
CLINICHE	CHIRURGIA	120	170	119	179	171
	DERMATOLOGIA	30	80	28	62	94
	DIABETOLOGIA	10	70	0	40	132
	GERIATRIA	10	20	0	2	18
	GASTROENTEROLOGIA	10	30	0	12	18
	MEDICINA INTERNA	60	100	57	105	92
	MED. SPORTIVA	20	40	17	23	36
	NEUROLOGIA	70	110	91	47	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	10	20	0	15	13
	OCULISTICA	90	150	87	134	173
	ODONTOIATRIA	190	280	241	145	183
	ONCOLOGIA MEDICA (1)	10	30	0	0	0
	ORTODONZIA	240	300	268	232	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	190	260	220	162	186
	OTORINO	100	150	100	139	168
	PEDIATRIA	120	150	136	99	115
	PNEUMOLOGIA	10	70	6	67	89
	PSICHIATRIA	70	90	74	65	58
	REUMATOLOGIA	10	20	4	1	10
	UROLOGIA	10	30	0	19	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		1580	2410	1657	1700	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	3300	4400	3326	4435	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECSR.	460	600	453	648	662
TOTALE DIAGNOSTICA		3760	5000	3779	5083	5846
TERAPIA	RIAB. TERAPIA FISICA	1100	1400	1109	1101	1473
STRUMENTALE	NEFROLOGIA e DIALISI	10	50	0	33	79
	RADIOTERAPIA (1)					
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1110	1450	1109	1134	1552

nota 1 = da realizzarsi in CONVENZIONE CON IL CENTRO ONCOLOGICO  
MULTIZONALE DI RIFERIMENTO

REGIONE VENETO - ULSS 36 - VENEZIA TERRAFERMA - Popolazione residente al 31/12/87: 212.625  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDII OSPEDALIERI PER IL P.S.S.R. 1987-1991 -

ULSS 36	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. Ser- vizi	Posti letto Numero
<b>STRUTTURE DI RICOVERO</b>					
Cardiologia	1				45 Di cui 12 p.l. per terapia sub-intensiva. Con attività di Riabilitazione cardiologica.
Centro ustionati		1			8 Aggregata alla Chirurgia plastica.
Chirurgia generale	2				160
Dermatologia	1				30
Geriatrics	1				90 Provvisoriamente ubicata c/o il presidio ospedaliero dell'ULSS 17.
Lungodegenza riabilitativa		1			15 Aggregata a divisione di Medicina generale.
Malattie infettive	1				40
Medicina generale	2				180
Nefrologia	1				20
Neurochirurgia	1				30
Neurologia	1				50
Oculistica	1				50
Ortopedia e traumatologia	1				96 Con SRAG di Biadene della Battaglia.
Otorinolaringoiatria	1				50
Ostetricia e ginecologia	1				56
Pediatria	1				30
Patologia neonatale		1			Posti letto compresi nella divisione di Pediatria, di cui 4 per terapia intensiva e 6 per terapia sub-intensiva.
Pneumologia	1				50
Radioterapia	1				20 Dotazione in area omogenea con oncologia medica.
Recupero e rieducaz. funzionale	1				45 Provvisoriamente ubicata c/o il presidio ospedaliero dell'ULSS 17.
Traumatologia d'urgenza		1			Aggregata alla divisione di Ortopedia e traumatologia.
Urologia	1				55
Assistenza neonatale		1			20 sulle Aggregata a divisione di Pediatria.
<b>TOTALE STRUTTURE</b>	<b>20</b>	<b>4</b>			<b>1120</b>

REGIONE VENETO - ULSS 36 - VENEZIA TERRAFERMA - Popolazione residente al 31/12/87: 212.625  
 STRUTTURE DI RICOVERO, SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA, DOTAZIONI E DIRETTIVE DEI PRESIDI OSPEDALIERI PER IL P.S.E.P. 1987-1991 -

N° 36	STRUTTURE E DOTAZIONI				DIRETTIVE
	Formula organizzativa				
Funzioni	Divi- zione	Ser. app.	Ser. sul. app.	Ser. vizio	Posti letto Numero
SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA					
Accettazione e pronto soccorso		1			
Anestesia e rianimazione		1			12 Per terapia intensiva.
Anestesia per terapia analgica		1			Aggregato a SRAU di Anestesia e rianimazione.
Audiologia		1			Espletato da divisione di O.R.L.
Bioeccanica		1			Aggregato a divisione di Ortopedia e traumatologia.
Cardiologia		1			Espletato da divisione di Cardiologia.
Chirurgia plastica		1			20
Chirurgia toracica		1			20
Diabetologia		1			Espletato da SRAU di Mal. dismetaboliche disendocr.
Dietetica		1			
Ematologia		1			Aggregato a divisione di Medicina generale con 10 p.l.
Emodinamica		1			Espletato da divisione di Cardiologia.
End. digestiva e gastroenterol.		1			20
Endoscopia respiratoria		1			Con espletato servizio di Allergologia respiratoria.
Farmacia		1			
Fisica sanitaria		1			In collegamento con il settore per l'igiene pubblica, prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro.
Fisiopatologia respiratoria		1			Aggregato a divisione di Pneumologia.
Foniatría		1			Espletato da divisione di O.R.L.
Fisiologia e anatomia patologica		1			
Laboratorio di analisi		1			
Mal. dismetaboliche disendocr.		1			20 Con indirizzo diabetologico e attività ambulatoriale di centro antidiabetico.
Malattie epatobiliari		1			Aggregato a divisione di Medicina generale con 10 p.l.
Medicina nucleare		1			
Microbiologia		1			
Neurofisiopatologia		1			Aggregato a divisione di Neurologia.
Neuropsichiatria infantile		1			Con disponibilità di p.l. in Pediatria.
Neuroradiologia		1			
Odontoiatria		1			Con 8 poltrone.
Oncologia medica		1			Con disponibilità di p.l. in Radioterapia.
Psichiatria		2			32
Radiologia		1			
Radioterapia		1			Espletato da divisione oncologia.
Recupero, rieducazione funzional.		1			Espletato da divisione oncologia.
Trasfusionale e di trasfusi.		1			Servizio trasfusionale con emoteca presso l'ospedale "Villa Galus" di Mestre.
UCIC		1			8 Per terapia intensiva - espletato da divisione di Cardiologia.
Dialisi		1			19 pd + 4 pdu Espletato da divisione di Nefrologia.
TOTALE SERVIZI		21	6	10	132
TOTALE GENERALE		20	1	21	6 10 1252

N.B. Nei totali non sono conteggiate le strutture e le culle di Assistenza Neonatale, né i posti letto dialisi.

PER SUPPLIRE ALLE ATTUALI CARENZE DI SPAZI OSPEDALIERI, PROVVISORIAMENTE ALCUNE DOTAZIONI DELL'ULSS 36 SONO UBICATE NEL PRESIDIO OSPEDALIERO DELLA ULSS 17. IL PIANO DI ATTUAZIONE TRIENNALE COPPA INDICAFE LE MODALITÀ E I TEMPI DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI.

ULSS 36 - VENEZIA TERRAFERMA

SERVIZI IGIENICO ORGANIZZATIVI

FUNZIONI	STRUTTURA
Direzione sanitaria	1 srau
Bioingegneria	1 srag

I - STRUTTURE DI RICOVERO IN CONVENZIONE

DENOMINAZIONE	PRESIDIO	P.L. AUTORIZZ.	P.L. CONVENZ.	ATTIVITA'
C.d.C. "San Marco" Mestre (VE)		185	180	Medicina generale - Geriatria - Recupero e rieducazione funz. - Riabilitazione cardiologica - Lungodegenza riabilitativa - Ortopedia e traumatologia - Urologia - Odontostomatologia e Ortognatodonzia - Pronto soccorso

II - CENTRO DI RIABILITAZIONE IN GESTIONE DIRETTA

DENOMINAZIONE: Consorzio servizi assistenziali spastici di Venezia-Mestre

ATTIVITA'	TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI	DIRETTIVE
Monovalente per soggetti disabili prevalentemente fisici in età evolutiva ed adulta	Ambulatoriali	Attività multizonale

## III - OSPEDALE CLASSIFICATO (art.1 legge n. 132//1968): OSPEDALE "VILLA SALUS" DI MESTRE

## III1 - STRUTTURE DI RICOVERO

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Medicina generale	1 div.	60 pl	
Lungodegenza riabilitativa	1 div.	70 pl	
Chirurgia generale	1 div.	30 pl	
Ostetricia e ginecologia	1 div.	40 pl	

## III2 - SERVIZI DI DIAGNOSI, CURA E POLIAMBULATORIALE

FUNZIONI	STRUTTURA	DOTAZIONI	DIRETTIVE
Direzione sanitaria	1 sr		
Accettazione e Pronto soccorso	1 sr		Espletato da sanitari di reparto.
Anestesia e rianimazione	1 srau		
Cardiologia	1 sr		Espletato dalla divisione di Medicina generale.
Chirurgia vascolare	1 srau	20 pl	
Laboratorio di analisi	1 srau		
Trasfusione	1 sr		Emoteca collegata con serv. trasfusionale dell'osp. di Mestre.
Radiologia	1 srau		
Recupero e rieducazione funz.	1 sr		Espletato dalla divisione di Lungodegenza.
Dietetica	1 sr		
Endoscopia digestiva	1 sr		Espletato dalla divisione di Medicina generale.
Assistenza neonatale	1 srag	20 culle	

REGIONE VENETO

PIANO SANITARIO 1989/91

ATTIVITA' dei PRESIDI POLIAMBULATORIALI

ULSS n.36

AREA	FUNZIONI	PIANO 89/91		dati 1986		
		PRESTAZ. #1000ab		Ulss	:media	:media
		min	max		:area omog:	regione
SPECIALITA'	CARDIOLOGIA	240	290	244	261	214
CLINICHE	CHIRURGIA	160	170	150	136	171
	DERMATOLOGIA	140	190	171	129	94
	DIABETOLOGIA	360	600	571	332	132
	GERIATRIA	10	30	0	14	18
	GASTROENTEROLOGIA	30	50	38	17	18
	MEDICINA INTERNA	10	70	3	70	92
	MED. SPORTIVA	10	40	3	30	36
	NEUROLOGIA	70	80	64	70	63
	NEUROPSICHIATRIA INF.	20	30	12	11	13
	OCULISTICA	190	200	184	189	173
	ODONTOIATRIA	190	220	187	211	183
	ONCOLOGIA MEDICA	20	40	0	0	0
	ORTOPEDIA	220	240	214	193	206
	OSTETRICIA/GINECOLOGIA	200	240	201	208	186
	OTORINO	160	180	151	171	168
	PEDIATRIA	50	100	49	99	115
	PNEUMOLOGIA	160	280	253	115	89
	PSICHIATRIA	70	90	72	65	58
	REUMATOLOGIA	10	30	0	24	10
	URLOGIA	50	70	56	42	30
TOTALE SPECIALITA' CLINICHE		2370	3230	2623	2395	2069
ATTIVITA'	LABORATORIO ANALISI	4300	5000	4215	5232	5184
DIAGNOSTICA	RADIOLOGIA/ECOGRAF.	650	700	670	659	662
	ANAT. IST. PAT.	60	100	57	104	82
	MED. NUCLEARE	40	80	65	28	12
TOTALE DIAGNOSTICA		5050	5880	5007	6023	5940
TERAPIA	RIAD. TERAPIA FISICA	1700	2000	1998	1580	1473
STRUMENTALE	RADIOTERAPIA	100	130	115	106	60
	NEFROLOGIA e DIALISI	140	170	157	160	79
TOTALE TERAPIA STRUMENTALE		1940	2300	2270	1846	1612

- TABELLA N. 3/A

## UBICAZIONE DEI CENTRI DI MEDICINA SOCIALE (C.M.S.) D.P.R. 11.2.61

DENOMINAZIONE	UBICAZIONE
c.m.s. di oftalmologia sociale	ULSS 3-8-10-21-25-30-36
c.m.s. di audi vestibologia	ULSS 10
c.m.s. per la diagnosi, la cura e lo studio della emofilia	ULSS 13-21-25
c.m.s. per la reumartropatie	ULSS 16
c.m.s. per lo studio e la ricerca del diabete dell'anziano	ULSS 21
c.m.s. per la riabilitazione degli Ipvendenti	ULSS 21
c.m.s. per lo studio e la ricerca del diabete infantile	ULSS 25
c.m.s. di engenetica e ortogenesi	ULSS 25
c.m.s. per lo studio della microcitemia	ULSS 30

- TABELLA N. 3/D

## UBICAZIONE DEI CENTRI REGIONALI SPECIALIZZATI (C.R.) -

DENOMINAZIONE	UBICAZIONE
c.r. specializzato per l'Epidemiologia e la Prevenzione di Diagnosi ed il trattamento della vescica Neurogena del bambino	ULSS 8
c.r. specializzato per le Malattie Emorragiche Trombotiche	ULSS 8
c.r. specializzato di Diagnosi e Cura delle Aritmie cardiache	ULSS 8
c.r. specializzato di Epilessia	ULSS 8
c.r. specializzato di Radiocirurgia	ULSS 8
c.r. specializzato per la Diagnosi e Cura delle Cefalee e delle Malattie Cerebrovascolari	ULSS 8
c.r. specializzato in Neurochirurgia Stereotassica	ULSS 8
c.r. specializzato per la Chirurgia del ginocchio	ULSS 8
c.r. specializzato per lo studio e le terapie dei malformati cranio-maxillo-facciale	ULSS 8
c.r. specializzato per lo studio e la tipizzazione degli enterobatteri patogeni	ULSS 10
c.r. specializzato per lo Studio, la Diagnosi e Cura del Cancro della laringe	ULSS 12
c.r. specializzato Ricerche Biochimico Cliniche	ULSS 13
c.r. specializzato di riferimento per controllo di qualita' nella tomografia per emissione	ULSS 13
c.r. specializzato per l'ipertensione arteriosa	ULSS 16
c.r. specializzato per le malattie vascolari. Divisione di Chirurgia generale. Sez. aggregata di Chirurgia vascolare	ULSS 16
c.r. specializzato di Audiologia	ULSS 16
c.r. specializzato per lo Studio di indicatori biochimici di Tumore e della trasformazione maligna	ULSS 16
c.r. specializzato per l'epidemiologia e la prevenzione dell'arteriosclerosi	ULSS 16/21
c.r. specializzato per la prevenzione e la cura dell'ipertensione arteriosa	ULSS 17
c.r. specializzato di Chirurgia Ortopedica infantile, con particolare riguardo per i problemi di handicap psico-motori da neurolesioni	ULSS 18
c.r. specializzato per la Prevenzione, lo Studio e il Trattamento dell'Artrosi deformante dell'anca	ULSS 19

## TABELLA N. 3/B

## UDICAZIONE DEI CENTRI REGIONALI SPECIALIZZATI (C.R.) -

DENOMINAZIONE	UDICAZIONE
c.r. specializzato per l'Epidemiologia e la Prevenzione dell'arteriosclerosi	ULSS 21
c.r. specializzato di documentazione ed informazione sul farmaco	ULSS 21
c.r. specializzato per l'Epidemiologia e la Prevenzione delle Malattie Reumatiche e per lo studio del Teralisao	ULSS 21
c.r. specializzato per l'Epidemiologia e la Prevenzione delle Malattie Cardiovascolari e Sezione Ipertensione	ULSS 21
c.r. specializzato di Endocrinologia della crescita	ULSS 21
c.r. specializzato per lo Studio, Prevenzione, Trattamento e Riabilitazione dei Malati affetti da Stenosi Tracheale	ULSS 21
c. per lo Studio delle Inibizioni Intellettive infantili	ULSS 21
c.r. specializzato per la Diagnosi e Terapia delle Malattie dell'occhio	ULSS 21
c.r. specializzato per la Sclerosi multipla	ULSS 21
c.r. specializzato per la Prevenzione, Diagnosi e Cura delle Malattie Genetiche dismetaboliche	ULSS 21-25
c.r. di Diagnostica strumentale senologica	ULSS 21
c.r. specializzato di Psicoterapia medica	ULSS 21
c.r. di Medicina Legale del comportamento	ULSS 21
c.r. specializzato per lo Studio delle infezioni nell'ospite immunocompromesso e per lo sviluppo di nuovi farmaci antimicrobici	ULSS 21
c.r. specializzato di Diagnosi e cura per lo studio delle cardiopatie aritmogene e delle aritmie nel giovane	ULSS 21
c.r. specializzato di Diagnostica e terapia endoscopica	ULSS 21
c.r. di alta specializzazione in Cancerogenesi ambientale	ULSS 21-25
c.r. specializzato per l'Epidemiologia e la Prevenzione delle Malattie Neuromuscolari	ULSS 21-25
c.r. di alta specializzazione per l'Epidemiologia e la Prevenzione dell'Epilessia	ULSS 21-25
c.r. Veneto per l'Epidemiologia e la Prevenzione delle Malattie dell'Esofago	ULSS 21-25
c.r. specializzato per l'Epidemiologia, lo studio e la Prevenzione dell'Obesità	ULSS 21-25

## - TABELLA N. 3/B

## UBICAZIONE DEI CENTRI REGIONALI SPECIALIZZATI (C.R.) -

DENOMINAZIONE	UBICAZIONE
c.r. specializzato per l'Epidemiologia e la Prevenzione delle Malattie del fegato e del Pancreas	ULSS 21-25
c.r. specializzato per le Malattie della Tiroide	ULSS 21-25
c.r. specializzato per l'Epidemiologia e le Malformazioni congenite	ULSS 21-25
c.r. specializzato per la Medicina dello Sport (art. 13 L.R. 3.8.1982 N. 25)	ULSS 21-25
c.r. specializzato di Tossicologia	ULSS 21-25
c.r. specializzato per l'Epidemiologia e la Prevenzione di Ematologia	ULSS 25
c.r. specializzato di Oncematologia pediatrica	ULSS 25
c.r. Veneto di Ricerca, Prevenzione, Riabilitazione ed Insegnamento per la Fibrosi Cistica (Mucoviscidosi)	ULSS 25
c.r. specializzato di Chirurgia Epatica e Pancreatica	ULSS 25
c.r. specializzato per lo Studio della Prevenzione, Cura e Riabilitazione delle ustioni	ULSS 25
c.r. specializzato per l'Insufficienza respiratoria cronica	ULSS 25
c.r. specializzato per lo Studio, Prevenzione, e la cura delle Malattie Scheletriche proprie dell'età evolutiva	ULSS 33
c.r. specializzato per lo studio dell'inquinamento ambientale	ULSS 36

## - TABELLA 3/C

## RIEDUCAZIONE FONETICA DEI LARINSECTOMIZZATI (L.R. 17.5.74 N.30)

DENOMINAZIONE	UBICAZIONE
Centri di Rieducazione Fonetica	IN TUTTE LE ULSS

## REGIONE VENETO - CONFRONTO FRA P.S.S.R. 1984-86 E PROPOSTA P.S.S.R. 1989-91 : STRUTTURE, SERVIZI E POSTI LETTO DEGLI OSPEDALI PUBBLICI PER ULSS -

ULSS	STRUTTURE E SERVIZI	P.S.S.R. 1984 - 1986						Piano 1989-91						Differenza tra P.S.S.R. 84-86 e P.S.S.R. 89-91									
		Formula organizzativa						Formula organizzativa						Formula organizzativa									
		Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Sez. aut. aggr.	Serv. vizio	Serv. tore	Posti letto	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Sez. aut. aggr.	Serv. vizio	Serv. tore	Posti letto	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Sez. aut. aggr.	Serv. vizio	Serv. tore	Posti letto	
1	Totale strutture	9		1			440	9		1			356									-84	
	Totale servizi			10	1	5	12			10	1	6	16							1		4	
	Totale generale	9		10	1	5	452	9		1	10	6	372							1		-80	
2	Totale strutture	6					235	6					184									-51	
	Totale servizi			6	1	6	10			5	1	8								-1	2	-10	
	Totale generale	6		6	1	6	245	6		5	1	8	184							-1	2	-61	
3	Totale strutture	17		1			870	16		1			712	-1								-158	
	Totale servizi			14	1	8	31			17	3	7	64							3	2	33	
	Totale generale	17		14	1	8	901	16		17	3	7	776	-1						3	2	-125	
4	Totale strutture	11		1			550	11		1			520									-30	
	Totale servizi			11		4	21			11	1	5	44								1	1	23
	Totale generale	11		11		4	571	11		11	1	5	564								1	1	-7
5	Totale strutture	15		1			855	15		1			742									-113	
	Totale servizi			15	1	4	32			16	4	4	72							1	3	40	
	Totale generale	15		15	1	4	887	15		16	4	4	814							1	3	-73	
6	Totale strutture	19		3			1023	19		3			846								1		-177
	Totale servizi			16		4	25			16	2	6	64								2	2	39
	Totale generale	19		16		4	1048	19		16	2	6	910								3	2	-130
7	Totale strutture	6		1			310	6					276							-1		-34	
	Totale servizi			7	1	6	20			7		6	36							2	-1	16	
	Totale generale	6		7	1	6	330	6		7		6	312							-1	2	-18	
8	Totale strutture	29		1			1675	29		2			1451									-224	
	Totale servizi			21		10	80			24	1	10	60							1	3	20	
	Totale generale	29		21		10	1783	29		24	1	10	1517							1	3	-264	
9	Totale strutture	7			1		350	8					270									-80	
	Totale servizi			10	2	4	10			9	2	8	16							-1		6	
	Totale generale	7		10	2	4	360	8		9	2	8	286							-1		-74	

REGIONE VENETO - CONFRONTO FRA P.S.S.R. 1984-86 E PROPOSTA P.S.S.R. 1989-91 : STRUTTURE, SERVIZI E POSTI LETTI DEGLI OSPEDALI PUBBLICI PER ULSS -

ULSS	STRUTTURE E SERVIZI	P.S.S.R. 1984 - 1986						Piano 1989-91						Differenza tra P.S.S.R. 04-86 e P.S.S.R. 09-91											
		Formula organizzativa						Formula organizzativa						Formula organizzativa											
		Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Ser- vizio	Set- tore	Posti letti	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Ser- vizio	Set- tore	Posti letti	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Ser- vizio	Set- tore	Posti letti
10	Totale strutture	26		1				1515	23		1					1265	-3		-1	1					-250
	Totale servizi				29	1	10	64			25	3	0			76				5	2	-2			12
	Totale generale	26		1	20	1	10	1579	23		26	3	0			1341	-3		-1	6	2	-2			-238
11	Totale strutture	8		1				469	8		1					389									-71
	Totale servizi				0	2	5	15			10	2	5			16				2					1
	Totale generale	8		1	8	2	5	475	8		10	2	5			405				2					-70
12	Totale strutture	23		1				1315	20		1					1072	-3								-243
	Totale servizi				22	1	4	45			23	4	2			100				1	3	-2	-1		55
	Totale generale	23		1	22	1	4	1360	20		23	4	2			1172	-3			1	3	-2	-1		-188
13	Totale strutture	24	1	1				1275	25		0					1156	1	-1	7						-139
	Totale servizi				21	1	4	54			2	31	12	4		100				2	10	11			54
	Totale generale	24	1	1	21	1	4	1349	25		10	31	12	4		1264	1	-1	9	10	11				-85
14	Totale strutture	7		1				420	8							360	1		-1						-52
	Totale servizi				10		5	25			12	2	4			24				2	2	-1			-1
	Totale generale	7		1	10		5	445	8		12	2	4			392	1		-1	2	2	-1			-53
15	Totale strutture	11		2				608	11		1	1				532			-1						-76
	Totale servizi				14		4	30			15	1	3			40				1	1	-1			10
	Totale generale	11		2	15		4	638	11		1	16	1	3		572			-1	1	1	-1			-66
16	Totale strutture	32		3				1815	30		3					1492	-2								-323
	Totale servizi				24	1	12	31			26	5	11			36				2	4	-1			5
	Totale generale	32		3	24	1	12	1846	30		3	26	5	11		1528	-2			2	4	-1			-318
17	Totale strutture	10		1				530	11		1					459	1								-79
	Totale servizi				16	1	6	72			17	2	6			124				1	1				52
	Totale generale	10		1	16	1	6	610	11		1	17	2	6		583	1			1	1				-27
18	Totale strutture	11		1				633	12		1					575	1								-58
	Totale servizi				11		5	21			11	3	5			24					3				3
	Totale generale	11		1	11		5	654	12		1	11	3	5		599	1				3				-35



REGIONE VENETO - CONFRONTO FRA P.S.S.R. 1984-86 E PROPOSTA P.S.S.R. 1989-91 : STRUTTURE, SERVIZI E POSTI LETTO DEGLI OSPEDALI PUBBLICI PER ULSS -

ULSS	STRUTTURE E SERVIZI	P.S.S.R. 1984 - 1986						Piano 1989-91						Differenza tra P.S.S.R. 04-86 e P.S.S.R. 89-91												
		Formula organizzativa						Formula organizzativa						Formula organizzativa												
		Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Serv. vizio	Set- tore	Posti letto	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Serv. vizio	Set- tore	Posti letto	Divi- sione	Sez. aut.	Sez. aggr.	Serv. aut.	Serv. aggr.	Serv. vizio	Set- tore	Posti letto	
20	Totale strutture	10		2	1			860	10		3	2				069			1	1					9	
	Totale servizi			10	2	6	1	34				17	7	7		32				-1	5	1	-1		-2	
	Totale generale	10		2	19	2	6	894	10		3	19	7	7		901			1		5	1	-1		7	
27	Totale strutture	9		1	1			509	10							492	1		-1	-1					-98	
	Totale servizi			10	2	5		15				9	1	6		16				-1	-1	1			1	
	Totale generale	9		1	11	2	5	515	10			9	1	6		410	1		-1	-2	-1	1			-97	
30	Totale strutture	16		3				765	16		2	1				706			-1	1					-59	
	Totale servizi				15	1	0	39				17	2	9		64					2	1	1	-1		25
	Totale generale	16		3	15	1	0	804	16		2	18	2	9		770			-1	3	1	1	-1		-34	
31	Totale strutture	9						510	9							430									-80	
	Totale servizi				12	1	3	27				12	1	3		36									9	
	Totale generale	9			12	1	3	517	9			12	1	3		466									-71	
32	Totale strutture	0		1				309	0							332			-1						-40	
	Totale servizi				9	1	4	14				9	4	3		24					3	-1			10	
	Totale generale	0		1	9	1	4	394	0			9	4	3		356			-1		3	-1			-30	
33	Totale strutture	9		1				375	14		1					476	5								101	
	Totale servizi				11		5	10				10	4	6		76					7	4	1			66
	Totale generale	9		1	11		5	385	14		1	10	4	6		552	5				7	4	1			167
34	Totale strutture	7			1			389	7							345				-1					-35	
	Totale servizi				11		6	23				12		0		70					1		2			47
	Totale generale	7			12		6	403	7			12		0		415						2				12
35	Totale strutture	7		1				310	7			1	5	2	0	256				-1					-54	
	Totale servizi				6	1	6					1	5	2	0						-1	1	2			
	Totale generale	7		1	6	1	6	310	7			1	5	2	0	256				-1	1	2			-54	
36	Totale strutture	19		4				1265	20		4					1120	1								-145	
	Totale servizi				16	1	0	56				21	6	10		132					5	5	2			76
	Totale generale	19		4	16	1	0	1321	20		4	21	6	10		1252	1				5	5	2			-67
TOTALE REGIONE	Totale strutture	565	1	72	0	1		31263	562	1	74	0	2			27394	-3		2		1					-3069
	Totale servizi			539	71	200	5	1330			5	620	210	219		2501				5	09	136	11	-5		1163
	Totale generale	565	1	72	547	75	200	32601	562	1	79	636	212	219		29895	-3		7	09	137	11	-5		-2766	

**Dal procedimento di formazione della legge regionale 20 luglio 1989, n. 21**

- La Giunta regionale, su proposta dell'Assessore Antonio Bogoni, ha adottato il disegno di legge con deliberazione 6 settembre 1988, n. 35/ddl;
- Il disegno di legge è stato presentato al Consiglio regionale in data 20 settembre 1988, dove ha acquisito il n. 404 del registro dei progetti di legge;
- Il progetto di legge è stato assegnato alle commissioni consiliari 1<sup>a</sup> e 5<sup>a</sup> in data 17 ottobre 1988;
- La 5<sup>a</sup> commissione consiliare ha completato l'esame del progetto di legge in data 16 maggio 1989, presentandolo all'assemblea consiliare unitamente alla prescritta relazione, ai sensi dell'art. 24 del provvedimento del Consiglio regionale 30 aprile 1987, n. 456;
- Il Consiglio regionale, su relazione del Consigliere Annamaria Leone, ha esaminato e approvato a maggioranza il progetto di legge con deliberazione legislativa 9 giugno 1989, n. 2234;
- La deliberazione legislativa è stata inviata al Commissario del Governo in data 14 giugno 1989;
- Il Commissario del Governo, con nota 10 luglio 1989, n. 8549/20820, ha trasmesso copia della deliberazione legislativa munita del visto di cui al 1<sup>o</sup> comma dell'art. 127 della Costituzione.

**Struttura amministrativa regionale competente:**

- Dipartimento per l'assistenza sanitaria;
- Dipartimento per i servizi sanitari;
- Dipartimento per i servizi veterinari;
- Dipartimento per i servizi sociali.

*(I testi aggiornati dell'art. 1 della lr 30 novembre 1982, n. 54, degli artt. 9 e 66 della lr 16 aprile 1985, n. 33, degli artt. 19 e 22 della lr 7 marzo 1980, n. 13 e dell'art. 25 della lr 25 ottobre 1979, n. 78, unitamente alle scadenze e agli adempimenti relativi, vengono pubblicati nella parte quarta del presente Bollettino, ndr).*