

Legge Regionale 25 agosto 1987, n. 36.

«Norme per la programmazione sanitaria e per il Piano Sanitario Regionale»

Il Consiglio Regionale
ha approvato.

Il Commissario del Governo
ha apposto il visto

Il Presidente della Giunta Regionale
promulga

la seguente legge:

Art. 1

Finalità della Legge

Con la presente legge vengono approvate norme per la programmazione sanitaria e per il Piano sanitario regionale da adottarsi ai sensi della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, della Legge regionale 9 giugno 1980, n. 57 , nonchè della Legge 23 ottobre 1985, n. 595 .

Art. 2

Scopi del Piano

Il Piano sanitario regionale sarà finalizzato:

a) al raggiungimento dei seguenti scopi:

- una maggiore produttività dei servizi sanitari per migliorare la efficacia degli stessi e tendere a qualificare il rapporto costo - beneficio;
- un nuovo rapporto con l' utenza che ponga il cittadino, cui il servizio è dedicato, al centro del sistema, mediante il miglioramento delle informazioni e dei rapporti umani;
- gli interventi e le azioni programmate e i progetti obiettivo di cui agli articoli 2 e 8 della legge 23 ottobre 1985, n. 595;
- il riequilibrio dei servizi sanitari regionali sul territorio, individuando aree omogenee per la erogazione dei servizi, in relazione alle indicazioni della legge 23 ottobre 1985, n. 595;
- una osmosi dei servizi distrettuali di base con i poliambulatori, i servizi specialistici ed i servizi ospedalieri;
- l'aggiornamento progressivo delle strutture territoriali ed ospedaliere agli standards indicati nella Legge 23 ottobre 1985, n. 595;
- l'avviamento di metodologie gestionali uniformi, indicate e coordinate dal Governo centrale ed applicate nell' ambito regionale mediante un rafforzamento della funzione di indirizzo e coordinamento della Regione ed un collegamento fisico e costante con le strutture di governo e programmazione delle UUSLL, come indicato dalla Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e dalle norme per la programmazione sanitaria di cui alla Legge 23 ottobre 1985, n. 595;
- la razionalizzazione ed il controllo della spesa sanitaria, secondo le indicazioni fornite dalla Legge 23 ottobre 1985, n. 595 , al fine di rendere disponibili maggiori risorse a programmi efficaci nel migliorare la qualità dei servizi sanitari regionali resi al cittadino;

b) al perseguimento delle seguenti priorità :

- l'attivazione dei distretti sanitari di base;

- l'attuazione del sistema informativo regionale;
- lo sviluppo e la ottimizzazione della rete ambulatoriale specialistica intra ed extra ospedaliera anche per i ricoveri nei limiti delle esigenze diagnostiche e curative;
- la ristrutturazione, razionalizzazione, riqualificazione ed eventuale riconversione della rete ospedaliera in conformità alle disposizioni contenute nell' art. 10 della Legge 23 ottobre 1985, n. 595, con la specificazione operativa dei presidi multizonali e delle alte specialità ;
- il potenziamento dei servizi per il controllo e la tutela dell' igiene pubblica e per la prevenzione e la sicurezza negli ambienti di lavoro, anche attraverso l' attivazione dei presidi multizonali previsti dall' articolo 22 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 ;
- l'attivazione dell' Area regionale per l' Emergenza sanitaria; - la informatizzazione delle gestioni delle UUSLL;
- l'attivazione e potenziamento dei servizi sanitari e delle attività di formazione ed aggiornamento professionale connessi con la realizzazione dei progetti - obiettivo e delle azioni programmate;
- la sicurezza del posto di lavoro negli ambienti sanitari dai rischi biologici, tossici, e radioattivi;
- il raccordo, nel rispetto delle modalità stabilite dall' articolo 80 del DPR 11 luglio 1980, n. 382, degli interventi formativi universitari alle esigenze e necessità del Piano sanitario;
- la rideterminazione e ridefinizione degli ambiti territoriali delle UUSLL in ambiti comprensoriali, svincolando la loro programmazione dagli attuali bacini di utenza.

Art. 3

Azioni programmate e progetti obiettivo

Per la formulazione del Piano Sanitario Regionale sono indicate le seguenti azioni programmate di cui all'art. 8 della Legge 23 ottobre 1985, n. 595:

- a) la sicurezza e la tutela della salute dei lavoratori nei luoghi di lavoro;
- b) la lotta alle malattie neoplastiche;
- c) la lotta alle malattie cardiovascolari;
- d) la tutela dei nefropatici;
- e) la sanità pubblica veterinaria;
- f) prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie ematiche;
- g) prevenzione, cura e riabilitazione delle gastroenteropatie.

Per lo stesso triennio sono indicati i seguenti progetti - obiettivo:

- a) la tutela della salute della donna, delle scelte consapevoli e responsabili di procreazione, della maternità ; la lotta alla mortalità infantile e la tutela della salute in età evolutiva; la prevenzione e la cura delle malattie congenite ed ereditarie;
- b) la tutela della salute degli anziani;
- c) la tutela della salute mentale e la risocializzazione dei disabili psichici;
- d) la prevenzione degli handicaps, la riabilitazione e la socializzazione di disabili fisici, psichici e sensoriali;
- e) la prevenzione delle tossicomanie e la riabilitazione e il reinserimento dei tossicodipendenti.

Sono inoltre indicati i seguenti obiettivi ed attività di rilevanza regionale:

- a) coordinamento dei servizi sanitari esistenti sul territorio per la realizzazione di interventi unitari per la prevenzione, cura e riabilitazione, anche a mezzo dell' organizzazione dipartimentale;
- b) applicazione di procedure efficienti per la corretta gestione delle UUSLL, in particolare mediante la fissazione di standards di attività , di produttività di spesa media e la costituzione di commissioni professionali di verifica (di cui all' articolo 24 della Legge 27 dicembre 1983, n. 730), coordinate dagli uffici centrali della Regione;
- c) attuazione di un programma «Sanità Amica » nell' ambito delle competenze regionali;
- d) interventi nell' ambito della protezione civile per calamità naturali interessanti il territorio e le competenze regionali;
- e) interventi per la lotta alle malattie infettive;

f) contenimento e graduale inversione del processo di degrado delle strutture sanitarie sotto il profilo edilizio e delle attrezzature, razionalizzandone il pieno impiego con turni che permettono la completa utilizzazione delle strutture;

g) ricostruzione dei posti letto perduti a seguito degli eventi sismici, fino al raggiungimento degli standards, e costruzione nelle zone ove vi sia documentata carenza degli stessi;

h) redistribuzione del personale, attraverso l' attivazione di processi di mobilità , in rapporto alle effettive esigenze dei servizi e secondo le qualifiche specifiche;

i) aggiornamento e riqualificazione del personale, specie attraverso programmi di aggiornamento ed attuazione di piani di lavoro innovativi;

l) individuazione delle strutture preposte all' esercizio delle alte specialità o predisposte per l' installazione di apparecchiature ed avanzata tecnologia nell'ambito dei presidi multizonali e dei policlinici universitari e degli istituti a carattere scientifico;

m) organizzazione ed attivazione di un sistema di sorveglianza sulla disponibilità di risorse, bisogni ed indicatori sanitari e di controllo della spesa;

n) attuazione di azioni finalizzate alla ottimizzazione dell' utilizzo delle risorse finanziarie e ad un più efficace controllo della spesa;

o) individuazione del fabbisogno di attrezzature per un efficace potenziamento tecnologico dei servizi sanitari pubblici.

Art. 4

Attuazione del Piano

Entro il 15 dicembre di ciascun anno le UUSSLL della Campania sono tenute a trasmettere alla Giunta regionale una dettagliata relazione concernente:

a) le indicazioni del personale in servizio a qualsiasi titolo e dei posti vacanti, disaggregato per qualifiche e per funzioni, per livelli e per servizi cui è addetto nonchè il numero dei posti messi a concorso per qualifica e struttura, distinti per ciascun presidio;

b) il numero dei posti letto e dei servizi per ciascun presidio ospedaliero con l' indicazione del personale addetto distinto per qualifica;

c) il numero dei poliambulatori con l'indicazione delle specialità e delle ore di prestazioni ambulatoriali;

d) le eventuali strutture destinate alla medicina di base, alla riabilitazione, all' assistenza degli anziani e degli handicappati, ai presidi per la tossicodipendenza, nonchè all' ecologia ambientale, con l' indicazione del relativo personale;

e) le case di cura convenzionate ricadenti sul territorio della USL, con l' indicazione del numero dei posti letto per specialità ;

f) gli ambulatori convenzionati con le attrezzature in dotazione.

Entro lo stesso termine di cui al comma precedente le UUSSLL sono tenute a trasmettere alla Giunta regionale:

a) relazione in merito ad indicatori sanitari di bisogni rilevanti dell' area servita dalla USL, specie se peculiari rispetto alle indicazioni prioritarie regionali e nazionali;

b) relazione sullo stato delle attività in svolgimento nell' anno di approvazione della presente legge;

c) proposte relative al programma di attuazione del Piano Sanitario Regionale nel proprio ambito territoriale, considerato gli standards, le indicazioni e gli indirizzi contenuti nella presente legge.

Le proposte devono precisare i tempi e le modalità di riorganizzazione dei servizi nell' arco di valenza del piano e le connesse previsioni finanziarie, nonchè devono contenere l'indicazione analitica delle iniziative costituenti specifica ottemperanza al disposto del Piano Sanitario Regionale, delle norme per la programmazione sanitaria di cui alla Legge 23 ottobre 1985, n. 595, in relazione ai diversi settori di intervento e con riferimento a strutture, personale e spese.

La mancata osservanza degli adempimenti di cui al comma precedente configura l' ipotesi di grave inadempienza funzionale, prevista dal secondo comma dell' art. 36 della Legge regionale 9 giugno 1980, n. 57.

e UUSSLL, nello stesso termine di cui al primo comma, devono specificatamente indicare le modalità operative concernenti la riorganizzazione dei servizi secondo le indicazioni della legge 23 ottobre 1985, n. 595 che includano:

a) la riorganizzazione dei turni di lavoro dei medici dei servizi di diagnosi e cura e del personale di diagnostica strumentale;

b) i criteri per la utilizzazione intensiva delle sale operatorie e delle apparecchiature di tecnologia avanzata e di maggior costo;

c) la riorganizzazione del pronto soccorso ospedaliero e del servizio di reperibilità secondo gli indirizzi previsti nel piano delle emergenze;

d) la utilizzazione di incentivi ad incremento della produttività degli ospedali nel loro insieme e nelle singole componenti di degenza, tecniche ed economiche;

e) l'organizzazione delle attività libero - professionali del personale medico all'interno dei servizi, in accordo con le indicazioni di indirizzo e coordinamento emanate dal Ministero della Sanità;

f) l'offerta, da parte degli ospedali pubblici di servizi opzionali di tipo alberghiero, dietro pagamento di tariffe differenziate, utilizzando gli spazi ospedalieri eccedenti rispetto agli standards ed avendo cura che le nuove attività non determinino scandimento della qualità degli standards di assistenza normale.

Le proposte di attuazione del Piano Sanitario Regionale presentate dalla UUSSLL relativamente al proprio ambito territoriale, vengono definitivamente approvate dalla Regione che deve esprimersi nei 90 giorni successivi.

Art. 5

Situazione del personale delle UUSSLL

Le UUSSLL trasmetteranno, a norma del precedente articolo 4 , gli elenchi aggiornati del personale dipendente corredati, anche dell' elenco del personale convenzionato suddiviso nei diversi comparti, e in particolare:

- ospedalieri;
- convenzionati esterni generici di libera scelta;
- specialisti pediatri di libera scelta;
- specialisti ambulatoriali;
- specialisti esterni;
- dipendenti da case di cura e cliniche private;
- medici di guardia medica;
- medici fiscali delle UUSSLL.

Gli elenchi, inoltre, saranno completati con l' indicazione del personale distaccato presso altri enti con le relative motivazioni.

Art. 6

Piante organiche definitive

Le UUSSLL, entro nove mesi dall' approvazione del Piano Sanitario Regionale, deliberano le piante organiche definitive, in conformità ai criteri fissati dalla presente normativa, così come previsto dall' art. 13, secondo comma, della Legge 23 ottobre 1985, n. 595 .

La Giunta regionale approva le piante organiche definitive entro 90 giorni dalla ricezione delle deliberazioni.

Art. 7

Adempimenti di verifica in corso di piano

Le UUSSLL trasmettono entro il 15 dicembre di ciascun anno alla Giunta regionale:

a) dettagliata ed articolata relazione sullo stato reale delle risorse a disposizione e degli indicatori sanitari di bisogni del territorio servito;

b) relazione sullo stato di esecuzione dei rispettivi programmi di attuazione del Piano Sanitario Regionale ed, in particolare, degli indirizzi specifici ivi formulati, anche con riferimento alle modalità operative indicate dall' Assessorato alla Sanità.

Art. 8

Determinazione del fabbisogno finanziario lordo del servizio sanitario regionale e individuazione delle fonti di copertura

L'ammontare lordo del fabbisogno finanziario annuo del Servizio Sanitario Regionale è determinato in riferimento all'incidenza reale dei fattori di aumento sulle singole componenti della spesa.

Il fabbisogno finanziario lordo annuo è coperto da:

- il Fondo sanitario nazionale, per la quota a carico del bilancio statale;
- i cittadini, per la quota di partecipazione alla spesa sulle prestazioni farmaceutiche, con esclusione di quelli esentati per motivi di reddito o perchè affetti da speciali patologie;
- le UUSLL, per la quota residua, mediante gli strumenti ordinari di autofinanziamento previsti dall'art. 25 della Legge 27 dicembre 1983, n. 730 .

Le UUSLL, allo scopo di acquisire risorse aggiuntive per il loro funzionamento:

- programmano iniziative per consentire ai medici dipendenti a tempo pieno di svolgere attività libero - professionali all'interno dei servizi, in accordo con le indicazioni di indirizzo e coordinamento emanate dal Ministero della Sanità;
- provvedono all'offerta da parte degli ospedali pubblici di servizi opzionali di tipo alberghiero dietro pagamento di tariffe differenziate, utilizzando gli spazi ospedalieri eccedenti rispetto agli standards e avendo cura che le nuove attività non determinino scandimento della qualità dello standards di assistenza normale;
- rivendicano, nei confronti degli Enti locali, le quote di rendita sui patrimoni non aventi destinazione sanitaria, trasferiti agli Enti locali stessi in coincidenza con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Art. 9

Criteri per il finanziamento del Piano sanitario regionale

Al finanziamento delle spese sanitarie connesse con l'attuazione del Piano si provvede:

- a) con la quota del Fondo sanitario nazionale assegnata alla Regione ai sensi del secondo comma dell'articolo 51 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 , e dell'articolo 13 della Legge 25 aprile 1982, n. 181 , e successive modificazioni ed integrazioni;
- b) con i capitali ricavati dall'alienazione e trasformazione dei beni a norma degli articoli 65 e 66 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 ;
- c) con le disponibilità provenienti dalle somme trattenute ai sensi del secondo comma dell'articolo 25 della Legge 27 dicembre 1983, n. 730;
- d) con gli eventuali apporti aggiuntivi stabiliti con leggi o provvedimenti regionali o con leggi dello Stato;
- e) con le disponibilità che saranno acquisite dalle UUSLL a qualsiasi altro titolo.

Art. 10

Ripartizione del Fondo Sanitario

Sulla base degli obiettivi del Servizio Sanitario Nazionale, il Fondo sanitario regionale, iscritto nel bilancio della Regione, è suddiviso, ai sensi dell'art. 25 della Legge 27 dicembre 1983, n. 730 e successive modifiche ed integrazioni, in:

- fondo per spese correnti a destinazione indistinta;
- fondo per spese correnti a destinazione vincolata;
- fondo per spese in conto capitale.

Salvo la spesa ripartita tra le UUSLL per funzioni, sulla base di standards programmati capitari per popolazione residente, di cui al successivo art. 11 , la priorità degli interventi finanziari è stabilita, in modo tassativo, in base alle indicazioni fissate nella Legge 23 ottobre 1985, n. 595 e nelle norme della presente legge.

Art. 11

Spese di parte corrente a destinazione indistinta e vincolata

Il fondo sanitario regionale a destinazione indistinta, dedotta la quota per le spese da sostenersi direttamente da parte della Regione, da determinare con la legge di bilancio, è ripartito tra le UUSSLL nei limiti posti dalla legislazione vigente e dal piano sanitario regionale, secondo gli indirizzi della presente legge e con l'obiettivo di garantire gradualmente livelli di prestazioni uniformi nell'intero territorio regionale.

Dal fondo di cui al precedente comma è accantonato, per ciascun esercizio finanziario, un fondo di riserva non superiore al 5% del Fondo sanitario regionale, da utilizzare per interventi imprevisti e per straordinarie emergenze.

La ripartizione della spesa ospedaliera avviene sulla base delle indicazioni fissate dalla Legge 23 ottobre 1985, n. 595 e nelle norme di attuazione del Piano sanitario regionale, tenendo conto dei multizonali e, nella fase transitoria, della realtà esistente.

La ripartizione del Fondo sanitario regionale, con esclusione del fondo di riserva, viene effettuata con provvedimento della Giunta regionale entro 30 giorni dalla comunicazione formale della relativa decisione del CIPE, considerando le aree ed i criteri approvati dal Consiglio Sanitario Nazionale per il riparto annuale tra le Regioni, valutando comunque la diversa morfologia strutturale l'estensione territoriale, il disagio orografico e la situazione demografica delle UUSSLL della Campania.

Il Fondo sanitario regionale a destinazione vincolata è utilizzato secondo piani predisposti dalla Regione, finalizzati al compimento di azioni programmate e di progetti - obiettivo dalla Legge 23 ottobre 1985, n. 595 nonché degli interventi nei settori indicati dall'art. 17 della Legge 22 dicembre 1984, n. 887 e dai successivi provvedimenti di integrazione, modifica ed attuazione.

La Giunta regionale provvede alla ripartizione del fondo di cui al precedente comma sulla base di programmi, anche pluriennali, formulati dalle UUSSLL e dalle altre strutture del Servizio Sanitario Regionale con atti formali esecutivi, conformemente alle disposizioni della presente legge.

Le UUSSLL, per accedere al finanziamento da parte del Fondo sanitario regionale, dovranno formulare bilanci di previsione, articolati secondo le linee guida determinate a livello nazionale e regionale, ed hanno l'obbligo di attenersi scrupolosamente al loro bilancio di previsione, verificato dalla Regione.

Art. 12

Ripartizione del Fondo sanitario regionale per spese in conto capitale

Il fondo per spese in conto capitale di cui al precedente art. 10 è finalizzato all'attuazione del Piano sanitario regionale ed all'esigenza di pervenire gradualmente al riequilibrio territoriale nella dotazione dei servizi sanitari.

Tenuto conto delle esigenze differenziali dei presidi e servizi di alta specialità, di cui all'art. 5 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, la spesa in conto capitale va differenziata secondo tre voci di impiego:

- a) manutenzione straordinaria;
- b) innovazione, intesa come ammodernamento tecnologico, completamento ed acquisizione di dotazioni edilizie e strumentali con il fine di accrescere il livello di funzionalità dei servizi sanitari regionali;
- c) trasformazione, intesa come conversione ed adeguamento di strutture esistenti in altre tipologie o altre configurazioni tecniche più idonee agli scopi della salute.

Le risorse per manutenzione sono direttamente spendibili, se incluse nei bilanci preventivi delle UUSSLL.

A tale fine le UUSSLL provvederanno ad accendere nei loro bilanci di previsione apposito capitolo ed il Fondo sanitario regionale, limitatamente ai fondi di manutenzione, viene ripartito tra le UUSSLL.

Le risorse di innovazione e trasformazione sono invece legate alla elaborazione ed approvazione, in sede regionale, di appositi programmi poliennali indicati nel Piano sanitario regionale.

La quota per investimenti di innovazione e trasformazione viene ripartita in base a programmi poliennali, dietro redazione, da parte delle UUSSLL, di progetti esecutivi corredati da un dettagliato piano finanziario e dalla previsione dei tempi da realizzare.

I progetti approvati dalla Giunta Regionale sono globalmente finanziati e richiedono l'apertura di un apposito capitolo di bilancio.

La mancata utilizzazione dei fondi nei tempi previsti comporta la revoca del finanziamento.

Per i fondi di innovazione e trasformazione è facoltà della Giunta regionale indicare i criteri per la definizione delle tipologie e delle caratteristiche delle strutture e delle attrezzature da realizzare, demandandone alle UUSSLL la realizzazione.

Art. 13

Acquisto attrezzature a complessa tecnologia

Al fine di consentire un migliore coordinamento delle strutture sanitarie, la riduzione dei costi e lo snellimento delle procedure, l'acquisto di attrezzature ad elevato costo e a complessa tecnologia con bacino di utenza multizonale, nonché la realizzazione di impianti di particolare rilievo, può essere effettuato dalla Giunta regionale che vi provvederà con specifici programmi poliennali definiti sulla base dei bisogni prospettati dalle singole UUSSLL, previo parere della competente Commissione Consiliare.

Art. 14

Sovrintendenza operativa dell'Assessore alla Sanità

L'Assessore alla Sanità, in ottemperanza alla Legge 23 dicembre 1978 n. 833 e tenuto conto degli indirizzi operativi della Legge 23 ottobre 1985 n. 595 e del Piano sanitario regionale, sovrintendente, nei modi e nelle forme di cui all'art. 33 dello Statuto Regionale, sul Servizio Sanitario Regionale, mediante proprie strutture di coordinamento e controllo, opportunamente integrate tra loro, identificate quali:

a) Servizio Affari Generali - Programmazione sanitaria - Rapporti con gli organi delle UUSSLL, articolato in settori:

- Affari generali e personale - Legislativo e rapporti con gli organi di Governo delle UUSSLL - Coordinamento degli uffici di programmazione delle UUSSLL - Gestione del ruolo unico del personale - Mobilità del personale - Rapporti con le commissioni tecniche e dei gruppi di lavoro regionali - Relazioni con gli organi regionali per il controllo della spesa sanitaria di cui alla Legge 23 ottobre 1985 n. 595 - Relazione con il sistema informativo regionale ai fini della programmazione e del controllo dei programmi - Economico finanziario per le spese correnti a destinazione indistinta - Economico finanziario per le spese correnti a destinazione vincolata - Economico finanziario per le spese in conto capitale - Verifica costi - benefici e soddisfazioni della utenza (Sanità Amica) - Convenzione e contenzioso - Ricerca finalizzata - Vigilanza e controllo della gestione finanziaria delle UUSSLL - Relazione generale annuale sulla gestione ed efficienza dei servizi sanitari - Formazione del personale e scuole infermieristiche - Aggiornamento del personale del ruolo nominativo del Servizio Sanitario Regionale - Applicazione contratti di lavoro del personale del Servizio Sanitario Regionale e verifica incompatibilità - Documentazione, stampa e pubbliche relazioni - Concorsi.

b) Servizio Ecologia - Igiene Ambientale e Prevenzione, con i settori:

- Ecologia ed igiene ambientale - Igiene del lavoro - Igiene della produzione, lavorazione, distribuzione e commercio degli alimenti e delle bevande - Tutela della salute dell'uomo dall'inquinamento dell'aria, dell'acqua e del suolo - Attuazione DPR 10 settembre 1982, n. 915 - Epidemiologia ed osservatorio epidemiologico - Educazione Sanitaria - Prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali - Malattie sociali e prevenzione - Medicina dello sport e tutela sanitaria delle attività sportive - Farmaci e vigilanza sulle farmacie - Termalismo.

c) Servizio Assistenza Sanitaria, con i settori: - Assistenza medica, generica, pediatrica, guardia medica, ospedaliera, trasporto infermi - Assistenza specialistica ambulatoriale - Assistenza indiretta - Assistenza specialistica e convenzionata esterna - Assistenza emodialitici e diabetici - Case di cura private - Assistenza psichiatrica - Assistenza CEE e convenzioni bilaterali - Assistenza riabilitativa - Assistenza geriatrica - Tutela materno - infantile, Consultori familiari - Centro emotrasfusionali - Ricoveri extra CEE e ricoveri presso case di cura non convenzionate.

d) Servizio Veterinaria, con i settori: - Assistenza Veterinaria - Tutela del patrimonio zootecnico e della riproduzione animale - Impianti di macellazione, lavorazione e conservazione delle carni e di altri prodotti di origine animale - Produzione di mangimi e degli integratori - Interventi di zooprofilassi, lotta contro la zoonosi - Vigilanza sugli alimenti di produzione animale - Affari generali amministrativi e contabilità - Educazione e formazione personale veterinario.

Le materie attribuite a ciascun servizio possono essere affidate a settori da istituire con provvedimenti amministrativi.

Art. 15

Osservatori prezzi e consumi

E' istituito presso l'Assessorato regionale alla sanità un osservatorio sui prezzi e sui consumi delle UUSSLL in collegamento con il Comitato per la programmazione sanitaria.

Tale Comitato provvederà non solo a controllare i prezzi di acquisto di ogni singolo prodotto e categoria merceologica, ma anche a verificare i consumi di ogni singola USL classificati sia per strutture operative che per media pro - capite per assistito.

Art. 16

Attivazione del sistema informativo sanitario regionale

Ai sensi dell' art. 9, comma 1 e dell' art 11 della Legge 23 ottobre 1985 n. 595 , nonché dell' art. 58 della Legge 23 dicembre 1978, n. 833, viene attivato il Sistema Informativo Sanitario, articolato nei livelli:

- Sistema Informativo Sanitario Locale (SILOC);
- Sistema Informativo Sanitario Regionale (SIREG).

Il SILOC ha compiti di rilievo dati ed analisi locali ed è tenuto, in base alle citate indicazioni del Fondo sanitario nazionale, a « Debito Informativo» verso i livelli organizzativi superiori.

Il SIREG ha compiti di coordinamento, organizzazione e programmazione delle attività informative delle UUSSLL ed è soggetto a « Debito Informativo» verso il livello nazionale (SICEN) e locale.

Per le grandi aree metropolitane, ed in specie per il Comune di Napoli, sono da sviluppare funzioni di coordinamento multizonale di SILOC delle UUSSLL afferenti all' area.

Tra gli obiettivi prioritari del piano va indicata la necessità di attivare un collegamento fisico stabile tra i livelli informativi e precipuamente del SILOC con il SIREG, in accordo con i piani di indirizzo e coordinamento emanati in sede centrale.

Art. 17

Osservatorio epidemiologico - Statistiche sanitarie

E' istituito presso l' Assessorato alla Sanità della Regione l' Osservatorio epidemiologico regionale quale struttura tecnico - scientifica per l' esercizio delle proprie funzioni di valutazione, verifica, indirizzo e programmazione delle attività del SSR in conformità alla Legge 23 dicembre 1978 n. 833 , alla Legge 23 ottobre 1985, n. 595 e alle indicazioni del Piano sanitario regionale.

L' Osservatorio epidemiologico regionale è collegato al sistema informativo sanitario di cui al precedente art. 16 e coordina le attività di informazione sanitaria ed epidemiologica secondo gli indirizzi degli organi di Governo e dell' Assessorato alla Sanità .

Art. 18

Adozione della programmazione come metodo ordinario di controllo della spesa

Le UUSSLL, entro 90 giorni dall' entrata in vigore della presente legge, provvederanno, ove non lo avessero già fatto, alla costituzione delle Commissioni Professionali di verifica di cui all' art. 24 della Legge 27 dicembre 1983, n. 730 , agli effetti di un controllo per le responsabilità inerenti le attività della spesa.

Il controllo della spesa viene perseguito anche attraverso:

- l'utilizzazione, da parte delle UUSSLL, dei dati del Sistema informativo locale per impostare, ai sensi del DPR 14 luglio 1980, n. 595 il bilancio di previsione annuale, oltre che in termini economici secondo il piano dei costi unificati previsti dal predetto decreto, in termini funzionali secondo le funzioni di spesa definite nello stesso provvedimento nell' allegato F).

Il bilancio di previsione per funzioni rappresenta il mezzo formale per la determinazione delle modifiche previste e di precisazione delle strategie perseguite nell' attuazione delle linee politiche sanitarie locali;

- l'impostazione, da parte della Regione e delle UUSSLL, accanto al bilancio annuale economico previsto dal DPR 14 luglio 1980, n. 595 del bilancio poliennale per programmi, attraverso il quale si enucleano, all' interno del bilancio globale di ciascuna USL, le risorse da vincolare al perseguimento dei programmi triennali di merito (azioni programmate e progetti - obiettivi), indicati nel Piano sanitario regionale;

- l'adozione da parte delle UUSSLL della contabilità dei centri di costo e di quelli di magazzino così come disposto dagli artt. 57 e 58 della Legge regionale 11 novembre 1980, n. 63 .

La Giunta Regionale entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge provvederà ad emanare apposito schema e disciplinare tecnico vincolante per tutte le UUSSLL.

Per quanto concerne i progetti - obiettivo, ai fini della valutazione del rapporto costi - beneficio, il bilancio pluriennale per programmi tiene conto anche delle risorse apportate dagli altri centri coinvolti nello svolgimento dei progetti.

Art. 19

Consiglio Sanitario Regionale

È istituito presso l'Assessorato alla Sanità, entro 45 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Consiglio Sanitario regionale.

Esso è presieduto dall'Assessore Regionale alla Sanità o da un suo delegato ed è composto da:

- i Presidenti delle UUSLL;
- i Presidi delle Facoltà di medicina;
- i Componenti del Comitato per la Programmazione Sanitaria;
- 1 rappresentante per ciascuna delle organizzazioni sindacali dei lavoratori della Sanità firmatari dei contratti nazionali di lavoro;
- 1 rappresentante di ciascun Ordine Provinciale dei Medici ed Odontoiatri;
- 1 rappresentante degli Ordini dei Farmacisti, dei Veterinari, dei Biologi, dei Chimici;
- 8 rappresentanti delle Associazioni di volontariato ed ecologiche e degli organismi di base per la tutela dei diritti dell'utente;
- Rappresentante regionale dell'Associazione ospedalità privata;
- Rappresentante regionale dell'Avis;
- 1 Rappresentante ANCI Sanità ;
- 1 Rappresentante della Lega delle Autonomie.

Svolge le funzioni di segretario un dirigente designato dall'Assessore tra il personale in servizio presso l'Assessorato alla Sanità .

Il Consiglio, nominato con decreto del Presidente della Giunta Regionale su proposta dell'Assessore alla Sanità , è riunito almeno una volta ogni sei mesi.

Esso esprime pareri e suggerimenti in ordine agli obiettivi proposti dal Piano sanitario regionale ed al loro conseguimento; formula proposte sulle linee di indirizzo della politica sanitaria regionale; contribuisce alla valutazione sul grado di attuazione delle finalità generali del Piano sanitario regionale, con particolare riferimento ai problemi della prevenzione e della educazione sanitaria.

Art. 20

Comitato per la programmazione sanitaria

In via transitoria e fino all'approvazione della legge regionale sulla organizzazione degli Uffici, che prevederà l'istituzione dell'Ufficio per il Piano sanitario regionale, entro 30 gg. dall'entrata in vigore della presente legge, è istituito presso l'Assessorato alla Sanità il Comitato per la programmazione sanitaria.

Il Comitato per la programmazione sanitaria è la struttura tecnico - operativa permanente dell'Assessorato alla Sanità il Comitato per la programmazione sanitaria.

Il Comitato per la programmazione sanitaria è la struttura tecnico - operativa permanente dell'Assessorato alla Sanità che ha la responsabilità di: istruire, per la Giunta Regionale e per il Consiglio Regionale, le azioni operative finalizzate al raggiungimento degli obiettivi generali del Piano sanitario regionale; valutare - proporre le priorità necessarie per adeguamento alle esigenze territoriali della Regione delle direttive previste dall'art. 9 della Legge 23 ottobre 1985, n. 595 ; predisporre gli aggiornamenti del Piano sanitario regionale; il controllo di congruità delle politiche delle UUSLL alla programmazione regionale.

Il Comitato per la programmazione sanitaria è composto da un tecnico di nota e comprovata esperienza per ognuna delle seguenti materie:

- Legislazione Sanitaria;
- Urbanistica Sanitaria;

- Epidemiologia;
- Direzione Sanitaria;
- Organizzazione Sanitaria;
- Economia Sanitaria;
- Statistica Sanitaria;
- Sociologia;
- Di esso fanno parte altresì i Coordinatori dei Servizi dell' Assessorato ed i responsabili dell' Osservatorio Epidemiologico Regionale e del Sistema Informativo Sanitario Regionale.

I tecnici di cui al terzo comma del presente articolo durano in carica tre anni e sono nominati dal Presidente della Giunta Regionale su proposta dell' Assessore alla Sanità ; hanno un rapporto di consulenza continuativa le cui modalità verranno stabilite mediante apposito atto di convenzione.

Art. 21

Gruppi consultivi di lavoro

Per gli interventi previsti dal Piano sanitario nazionale e dalla Legge 23 ottobre 1985 n. 595, l' Assessorato alla Sanità può costituire appositi gruppi consultivi di lavoro per gli specifici settori dei progetti - obiettivo e delle azioni programmate.

L'Assessore alla Sanità , con il decreto di costituzione di ciascun gruppo consultivo di lavoro, nominerà un responsabile dello stesso, che curerà i rapporti con il Comitato per la Programmazione Sanitaria, e un funzionario dell' Assessorato che svolgerà funzioni di Segretario.

Art. 22

Commissioni di vigilanza

Le UUSSLL sono tenute a istituire Commissioni di vigilanza per il rispetto delle norme che disciplinano i rapporti con le case di cura convenzionate.

Art. 23

Potere sostitutivo

In caso di inerzia, ingiustificato ritardo od omissioni delle UUSSLL di adempimenti amministrativi concernenti la pianificazione sanitaria regionale, la Giunta Regionale, previa diffida e su proposta dell' Assessore alla Sanità , adotta i provvedimenti omessi, o comunque necessari, attraverso la nomina di un Commissario ad «acta » in applicazione delle misure sostitutive stabilite dall' art. 13 della Legge 26 aprile 1982, n. 181 , come modificato dall' art. 11, comma 10, del Decreto Legge 12 settembre 1983, n. 463, convertito, con modificazioni, dalla Legge 11 novembre 1983, n. 638.

Art. 24

Standards assistenziali

Le UUSSLL opereranno nel triennio di validità del Piano sanitario regionale il raggiungimento degli standards riferiti all' utenza (numero di prestazioni/abitanti) ed alle ore di erogazione di prestazione per singole specialità .

A tal fine la Regione, d' intesa con le UUSSLL, entro il 15 dicembre di ciascun anno:

A) aggiorna nelle UUSSLL e loro distretti per singole specialità:

- 1) numero di prestazioni ad ore di erogazione in presidi ospedalieri;
- 2) numero di prestazioni ad ore di erogazione negli ambulatori a gestione pubblica;
- 3) numero di prestazioni ad ore di erogazione negli ambulatori a gestione convenzionata;
- 4) esatta valutazione del rapporto costo/prestazione sia per la parte a gestione pubblica che per quella convenzionata esterna;
- 5) numero degli specialisti convenzionati.

B) Individua carenze e surplus nelle singole UUSSLL in rapporto agli standards fissati dalla presente legge.

C) Effettua la manovra di riequilibrio attraverso:

1) plus - orario per il personale degli ambulatori ospedalieri alla condizione espressa e verificata che questo non alteri come qualità e tempi di erogazione l'attività in favore dei degenti;

2) conversione in presidi ambulatoriali delle divisioni e sezioni ospedaliere sottoutilizzate (come da standards relativi);

3) potenziamento ed idonea manutenzione delle apparecchiature diagnostiche e terapeutiche dei poliambulatori a gestione pubblica;

4) redistribuzione sul territorio regionale, in rapporto alle esigenze delle singole UUSSLL, degli ambulatori e laboratori convenzionati attuando la mobilità secondo i protocolli di intesa tra Servizio Sanitario Regionale ed Organizzazioni Sindacali;

5) individuazione delle prestazioni specialistiche strumentali, diagnostiche e terapeutiche di accertata validità scientifica, non erogate ambulatorialmente da parte di strutture pubbliche zonali o multizonali, in rapporto al bacino di utenza previsto per ciascuna delle suddette prestazioni, e programmazione della loro istituzione nelle strutture pubbliche, e, comunque, assicurazione all'utenza delle stesse per la durata del primo triennio del Piano sanitario regionale, a mezzo di convenzioni con specialisti ed istituzioni private, adeguatamente distribuite sul territorio secondo adeguati bacini di utenza;

6) individuazione e dimensionamento dei bacini di utenza per:

- laboratori di analisi cliniche di base;

- laboratori RIA;

- laboratori di radiodiagnostica;

- centri antidiabetici;

7) Individuazione dei criteri per la centralizzazione presso ogni USL delle prenotazioni specialistiche da parte degli utenti, al fine di un tempestivo invio alle strutture pubbliche o a quelle convenzionate.

Le UUSSLL che presentano un surplus di presidi ambulatoriali ed un' eccedenza di ore settimanali per le singole specialità dovranno, sulla base di un programma triennale, gradualmente tendere a ridimensionare il carico di lavoro afferente i laboratori convenzionati esterni sulla base di criteri oggettivi e di concerto con le organizzazioni Sindacali dei convenzionati esterni, firmatari degli accordi collettivi nazionali.

Sulla base del programma così predisposto si dovrà provvedere ad un graduale ridimensionamento delle attività e delle ore di convenzionamento esterno a cui corrisponderà una diminuzione proporzionale della spesa prevista per la convenzionata esterna in sede di riparto annuale del Fondo sanitario regionale.

Al fine di ottenere una programmazione sul territorio che si faccia carico della valutazione di tutti gli aspetti sanitari ed economici nonché del rapporto costi/benefici va precisato che si ritiene prioritario per i presidi pubblici l'espletamento dei compiti di istituto; ovvero per i poliambulatori ospedalieri il prioritario espletamento delle attività laboratoristiche in favore dei degenti, atte a ridurre i tempi stessi di degenza; per i poliambulatori extraospedalieri restano prioritarie le erogazioni di prestazioni nel settore della medicina preventiva e del lavoro, dell'igiene pubblica ed ambientale nonché tutte quelle prestazioni per il monitoraggio relativo alla prevenzione di patologie ad alto rischio sociale e/o endemiche sul territorio.

Le UUSSLL, che presentino un deficit di presidi poliambulatoriali o una carenza di attività e di ore settimanali per le singole specialità, potranno provvedere a stipulare nuovi rapporti convenzionali, fatto salvo prioritariamente quanto previsto della lettera C - punto 4 del presente articolo.

Le attività e le ore settimanali carenti comporteranno un aumento proporzionale corrispondente della spesa, che verrà riconosciuta in sede di riparto del Fondo sanitario regionale come spesa necessaria.

Gli ambulatori pubblici verranno realizzati con priorità nei territori delle UUSSLL che ne presentino carenza.

E' istituita presso ogni UUSSLL, entro 45 giorni dall'entrata in vigore della presente legge, una Commissione Tecnico - Consultiva e di disciplina per il convenzionamento esterno cui devono far parte, per ciascuna branca specialistica, un membro designato da ciascuna delle organizzazioni Sindacali firmatarie dell'Accordo nazionale Collettivo.

Fino all'adozione del Piano sanitario regionale, e per il triennio di validità dello stesso per motivate esigenze, l'autorizzazione per nuove convenzioni con ogni tipo di strutture private è riservata alla Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare, parere che si ritiene positivo se non espresso entro 30 gg. dalla ricezione del provvedimento.

Art. 25

Distretti sanitari di base

Il Consiglio Comunale, l'Assemblea Generale della Comunità Montana, l'Assemblea dell'Associazione Intercomunale, ai sensi dell'art. 10 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833, articolano il territorio della USL in distretti sanitari di base.

I distretti sanitari di base costituiscono la struttura tecnico - funzionale per l'erogazione dei servizi di primo livello e per il decentramento operativo dei programmi di intervento predisposti dai servizi dell'USL.

L'individuazione dei distretti di base dovrà essere effettuata secondo i seguenti criteri:

- a) corrispondenza dell'area distrettuale ad una popolazione compresa, di norma, tra i 10.000 e i 25.000 abitanti;
- b) stato della viabilità e dinamica dei collegamenti;
- c) coincidenza di norma con i confini comunali, circoscrizionali o di quartiere;
- d) presenza di aree ad alto rischio.

Art. 26

Funzioni del distretto sanitario di base

Il Distretto sanitario di base deve garantire in prima istanza la integrazione funzionale delle diverse attività i assistenza sociale, di competenza degli Enti Locali e di preminente rilievo per la tutela della salute, con il decentramento operativo dei programmi di intervento preventivo, di diagnosi precoce, di cura e di riabilitazione prioritariamente a vantaggio della collettività di persone individuate a rischio in base alla programmazione nazionale e regionale o in base a precise direttive deliberate in sede locale.

Ciascun distretto dovrà pertanto disporre di un gruppo di operatori sociali distaccati dagli Enti Locali competenti in quel territorio per l'intervento socio - assistenziale, non compartimentalizzato, ma operante come nucleo polivalente.

Il distretto deve assicurare le seguenti funzioni:

- 1) vigilanza sugli ambienti di vita e di lavoro e sugli alimenti, in conformità alle normative nazionali e regionali;
- 2) la guardia medica, il pronto intervento e il trasporto infermi, considerati come attività decentrate del Dipartimento dell'Emergenza;
- 3) l'assistenza e la consulenza specialistica e pediatrica ambulatoriale e domiciliare finalizzata al compimento di interventi programmati su gruppi di popolazione, individuando prioritariamente quelli a rischio;
- 4) la tutela sanitaria delle attività collettive con particolare riguardo alle comunità scolastiche e alle collettività sportive, comprendendo gli accertamenti di idoneità e il controllo sanitario specifico;
- 5) l'assistenza sanitaria e la riabilitazione dei disabili secondo quanto previsto per le attività distrettuali dalla legge 15 marzo 1984, n. 11, dei malati di mente, dei tossicodipendenti e degli anziani;
- 6) la tutela materno - infantile articolata con l'attività consultoriale nel quadro del progetto obiettivo materno - infantile;
- 7) la realizzazione di programmi di prevenzione di interesse collettivo nell'ambito delle azioni programmate, dei progetti obiettivo, dei programmi a priorità nazionale, regionale e locale.
- 8) il controllo sulla prescrizione e l'uso dei farmaci;
- 9) la realizzazione di programmi coordinati di educazione sanitaria;
- 10) attività previste dal Sistema informativo sanitario locale;
- 11) la profilassi delle malattie infettive e diffusione degli animali, il controllo e la vigilanza sull'igiene della produzione e dei prodotti finiti, sul commercio e sulla distribuzione degli alimenti di origine animale;
- 12) decentramento amministrativo delle pratiche burocratiche più frequenti inerenti l'uso delle prestazioni sanitarie.

Per i distretti delle aree metropolitane, fatta salva l'identificazione dell'ambito territoriale con la circoscrizione o il quartiere, fatte salve le competenze di cui sopra, è attribuita priorità alle seguenti funzioni:

1) decentramento amministrativo delle pratiche burocratiche;

2) accettazione centralizzata finalizzata alla prenotazione, all' indirizzo e alla guida per l' uso delle prestazioni sanitarie erogate nel territorio di competenza e nell' ambito metropolitano.

3) l'integrazione funzionale tra le prestazioni sanitarie dell' USL e quelle socio assistenziali di competenza del Comune metropolitano.

Il regolamento dell' USL disciplina i rapporti funzionali e riorganizzativi tra le funzioni distrettuali e le strutture e i servizi dell' area integrativa dei servizi di base (poliambulatori) e ospedali.

Art. 27

Organizzazione dei distretti sanitari di base

Organizzazione dei distretti sanitari di base Il distretto di base presenta un' articolazione organizzativa, con finalità essenzialmente operative, costituita:

a) da un coordinatore di distretto che vigila sul funzionamento dello stesso e promuove il collegamento organizzativo fra i vari operatori sanitari e sociali che esplicano la loro attività singolarmente e in équipes presso le sedi del distretto o sul territorio;

b) da uno o più operatori amministrativi per la raccolta dei dati e lo svolgimento delle attività amministrative ed esecutive;

c) da operatori sanitari, dipendenti o convenzionati, i quali, in rapporto alle indicazioni dei singoli progetti - obiettivo, alla natura dell' intervento ed al tipo di professionalità richiesta, possono essere funzionalmente raggruppati in équipes.

Gli operatori sono coordinati, sotto il profilo organizzativo, dal coordinatore del distretto, e sotto il profilo funzionale, in rapporto alle loro diverse professionalità e funzioni, dai settori delle UUSLL competenti per materia in collegamento operativo diretto con i dipartimenti ed i servizi interessati.

Il regolamento dell' USL provvederà all' articolazione organizzativa di ogni distretto secondo i criteri di cui al precedente comma.

Il coordinatore del distretto viene nominato dal Comitato di Gestione su proposta del coordinatore sanitario e deve essere scelto tra i medici funzionari dell' area igienista.

Art. 28

Servizi delle UUSLL

L' art. 28 della Legge regionale 9 giugno 1980 n. 57 è così sostituito:

L'USL opera attraverso i servizi sanitari ed i servizi amministrativi, ognuno articolato in specifici settori di intervento.

Per alcuni servizi è prevista l'organizzazione di tipo dipartimentale, individuando come necessaria l'integrazione di funzioni e operatori provenienti da vari presidi, per ottemperare ai compiti ed alle finalità del servizio stesso.

Area della gestione amministrativa

1) servizio affari generali istituzionali e programmazione con i settori operativi:

a) affari generali;

b) programmazione e controllo;

c) segreteria del comitato di gestione, dell'assemblea e delle commissioni;

d) convenzioni e contratti;

e) gestione legale e fiscale;

f) protocollo, archivio, documentazione e stampa.

2) servizio amministrazione del personale con i settori operativi:

a) amministrazione giuridica ed economica del personale;

b) programmi di incentivazione e di aggiornamento del personale;

c) procedure concorsuali.

3) servizio bilancio e programmazione finanziaria con i settori operativi:

- a) bilancio, ragioneria e conti consuntivi;
 - b) accertamento entrate ed impegno di spesa;
 - c) rilevazione ed elaborazione dati gestione amministrativa, programmazione finanziaria;
 - d) contabilità speciale e rendiconto trimestrale.
- 4) servizio provveditorato ed economato, tecnico e della manutenzione con i settori operativi;
- a) appalti, contratti e forniture;
 - b) gestione in economato ed acquisti;
 - c) inventari e magazzini;
 - d) programmazione e coordinamento lavori edili;
 - e) manutenzione impianti termotecnici, elettrici e delle apparecchiature tecniche.

Area sanitaria

A) prevenzione e medicina sociale

5) servizio ecologia, igiene ambientale e profilassi del sistema informativo locale con i settori operativi:

- a) epidemiologia;
- b) rilevazione ed elaborazione dati gestione sanitaria;
- c) elaborazione dati di supporto alla programmazione-rilevazione;
- d) ecologia, igiene ambientale e dell'alimentazione, profilassi.

6) servizio di medicina preventiva e sociale con i settori operativi:

- a) medicina legale e delle assicurazioni sociali;
- b) tutela della salute dei lavoratori - igiene del lavoro, prevenzione ed infortuni sul lavoro, invalidi civili;
- c) tossicodipendenze; d) prevenzione delle malattie cardiovascolari;
- d) prevenzione delle malattie neoplastiche;
- e) educazione sanitaria e medicina dello sport.

7) servizio dipartimentale per la tutela della donna e del bambino con i settori operativi:

- a) assistenza sanitaria della donna, tutela della gravidanza, del parto e del puerperio, diretta e convenzionata, territoriale ed ospedaliera (programma a - legge regionale 15 marzo 1984, n. 11);
- b) assistenza preventiva all'infanzia (programma b - legge regionale 15 marzo 1984, n. 11);
- c) assistenza evolutiva nella scuola e sul territorio.

8) servizio dipartimentale per la tutela della salute mentale.

9) servizio assistenza socio- sanitaria e della riabilitazione con i settori operativi:

- a) cura e riabilitazione dei disturbi dello sviluppo psicologico dell'età evolutiva e lotta contro l'emarginazione infantile (programma c - legge regionale 15 marzo 1984, n. 11);
- b) presidi di riabilitazione, strutture residenziali e servizi convenzionati, sostegno alla formazione professionale ed integrazione lavorativa dei portatori di handicaps (programma d - legge regionale 15 marzo 1984, n. 11);
- c) assistenza protesica;
- d) assistenza sanitaria domiciliare ai portatori di handicaps;
- e) anziani-assistenza domiciliare (regolamento e funzionamento di cui all' art. 4 - legge regionale 6 maggio 1985, n. 46);

B) Medicina curativa farmaceutica e veterinaria

10) servizio di assistenza sanitaria e fisiokinesiterapia con i settori operativi:

- a) medicina di base generica, specialistica, ambulatoriale, specialistica convenzionata, emergenza;
- b) assistenza ospedaliera, day-hospital, servizio ospedaliero esterno;
- c) fisiokinesiterapia e termalismo.

- 11) servizio veterinario con i settori:
 - a) sanità animali, dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni;
 - b) produzione e commercializzazione degli alimenti di origine animale.
- 12) servizio assistenza farmaceutica con i settori:
 - a) assistenza farmaceutica convenzionata;
 - b) assistenza farmaceutica ospedaliera;
 - c) controllo e analisi della spesa e informatizzazione dei servizi farmaceutici;
 - d) farmaco-vigilanza sul territorio.

Art. 29

Standard

Entro 60 gg. dall' entrata in vigore della presente legge le UUSSLL sono tenute a dichiarare la reale disponibilità di posti letto ospedalieri e la consistenza qualitativa e quantitativa del personale comunque in servizio presso le stesse.

Per il personale dipendente, riferito all' intero servizio sanitario regionale, viene definito lo standard aggregato di 12 dipendenti ogni 1000 abitanti come obiettivo finale del triennio, dei quali almeno 2,5 da destinare alle attività distrettuali, e comunque adeguandolo alle necessità dei servizi per l' assistenza psichiatrica, per gli handicaps e le tossicodipendenze già definiti con le relative leggi regionali.

Entro i successivi 90 gg. la Regione:

1) inquadra i servizi ospedalieri attivi presso la USL nei seguenti tipo:

- a) servizi locali;
- b) servizi multizonali;
- c) servizi di alta specializzazione;
- d) servizi di assistenza e ricerca;
- e) servizi di riabilitazione;

2) identifica per ciascun servizio ospedaliero, in base alla classificazione operata, il bacino di utenza e distribuisce di conseguenza il personale tra le UUSSLL interessate.

3) calcola il personale occorrente per ciascuna USL, per la funzione ospedaliera, secondo i seguenti parametri rapportati a posto letto:

- a) servizi locali: 1,5
- b) servizi multizonali: 1,7
- c) servizi di alta specializzazione: 2,1;
- d) servizi di assistenza e ricerca: 2,3;
- e) servizi di riabilitazione: 1,2;

E' fatto divieto alle UUSSLL che presentino eccedenza di personale di procedere a nuove assunzioni, anche per posti che comunque si rendano disponibili, fino all' eliminazione dell' eccedenza stessa per singola qualifica.

Nelle UUSSLL che si trovino nella situazione di cui al comma precedente il personale ospedaliero potrà essere utilizzato per altre funzioni territoriali.

Nelle UUSSLL nelle quali, in base ai parametri fissati ai commi precedenti, si registri un surplus complessivo di personale, saranno attivati i distretti utilizzando il personale eccedente sempre nel rispetto delle qualifiche di appartenenza.

Nelle situazioni in cui il riscontro al convenzionamento con case di cura private con strutture specialistiche è ampio, o sono presenti in misura considerevole istituzioni ospedaliere obbligatoriamente convenzionate o si è fatto ricorso - specie in ambito ospedaliero - a servizi in appalto, gli standards di personale debbono essere ridimensionati in proporzione all' apporto esterno, salvo a riferirsi nuovamente ad esso per la decisione di provvedimenti di riequilibrio a favore della componente pubblica.

Con riferimento alle grandi aree funzionali, all' interno degli indicatori aggregati come sopra definiti, viene orientativamente fissata la seguente disaggregazione-obiettivo:

- area dell' igiene pubblica, prevenzione e relativi servizi funzionali dal 7,5 al 10%;

- direzione e servizi generali comprese le attività di formazione e di rilevazione dati: dal 7,5 al 10%;
- assistenza sanitaria: massimo 80%.

Art. 30

Riorganizzazione rete ospedaliera

Per la riorganizzazione della rete ospedaliera, vengono definiti i seguenti standards da attuare come obiettivo finale del triennio:

a) strutture per acuti:

- posti letto per 1000 abitanti: 5,5;
- tasso di utilizzazione dei posti letto: 70/75%;
- degenza media globale: 11 gg.

Tali standards saranno articolati in sede di attuazione in valori medi distinti per tipologia di strutture, quali:

- discipline di base (chirurgia generale, medicina, ostetricia e pediatria) in ospedali a dimensione zonale;

- discipline di base e discipline specialistiche in ospedali a dimensione multizonale;
- discipline di base, discipline specialistiche ed alte specialità in ospedali a dimensione regionale.

b) struttura di riabilitazione:

- posti letto per 1000 abitanti: 1;
- tasso di utilizzazione dei posti letto: 85- 95%;

degenza media differenziata a seconda dell'esito di recupero o stabilizzazione, con valori non superiori:

- 90 gg. per la maggior parte dei casi;
- a 180 gg. per casi particolari di grave disabilità residua;
- 360 gg. per casi occasionali di gravità assoluta.

Le Divisioni e Sezioni attive che presentino un numero di posti letto inferiore a quello previsto dagli artt. 36 e segg. della Legge 12 febbraio 1968 n. 132 e successivi decreti di attuazione 27 marzo 1969 n. 128 e 129 e le Divisioni e Sezioni che presentino una sottoutilizzazione dei posti letto al di sotto del 50%, dopo aver equilibrato la funzione dell' Ospedale ed aver constatato che la sottoutilizzazione non si modifica, nel primo triennio di attuazione del Piano devono essere assorbite da Organizzazioni assistenziali di tipo dipartimentale. Tali dipartimenti possono prevedere sia l' aggregazione di discipline identiche che la coagulazione di specialità diverse afferenti, sul piano assistenziale e culturale, alla stessa disciplina. Al personale sanitario in questi casi sarà mantenuta la qualifica precedentemente rivestita.

Non rispondono a tale disposto le Divisioni e Sezioni in Ospedali insistenti sulle isole o con difficoltà di collegamenti viari; in queste situazioni l' autorizzazione al loro funzionamento è di competenza della Giunta Regionale.

Art. 31

Istituzione dei dipartimenti

Nell' arco del triennio di validità del Piano sanitario regionale le UUSLL devono organizzare le loro funzioni in Dipartimenti.

Il Dipartimento va inteso come articolazione funzionale della USL diretta a finalizzare ad uno specifico obiettivo di salute, con compiti di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, le competenze di strutture, presidi ed operatori insistenti sul territorio, direttamente per affinità o per complementarietà afferenti il predetto obiettivo.

I Dipartimenti delle UUSLL afferiscono per le competenze con bacino di utenza multizonale alle strutture o presidi multizonali territorialmente più vicini.

Con l'istituzione del Dipartimento sarà costituito un Consiglio dipartimentale di cui fanno parte i responsabili dei singoli settori o presidi, che eleggeranno un coordinatore tra i sanitari di livello apicale.

Il coordinatore di Dipartimento dura in carica due anni e può essere rieletto.

Il Consiglio di dipartimento deve creare le condizioni per il lavoro collegiale, per l' integrazione piena delle varie competenze, per l' ottimizzazione delle risorse, la piena utilizzazione delle attrezzature e dotazioni, al fine di evitare duplicazioni e sprechi.

Esso può , altresì , predisporre e introdurre protocolli diagnostici e terapeutici, nonché sistemi di verifica e revisione di qualità per il miglioramento delle prestazioni.

Art. 32

Mobilità

I dipendenti addetti ai servizi e presidi, soggetti, per effetto della manovra di riequilibrio delle strutture sanitarie nel territorio, a provvedimenti di disattivazione o trasformazione, sono destinati ad altri servizi e presidi, ove possibile nell' ambito della stessa USL, conservando lo stato giuridico ed economico, e con la salvaguardia delle qualifiche professionali, secondo le indicazioni degli artt. 10 e 13 della Legge 23 ottobre 1985, n. 595 .

La Giunta Regionale può stabilire, nell' ambito delle leggi e normative nazionali e regionali, forme di agevolazione ed incentivazione al fine di favorire processi di mobilità .

Art. 33

Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico presidi e servizi ad alta specialità

Ai sensi dell'art. 42 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 ed in riferimento all'art. 48 del DPR 617 del 31 luglio 1980, la Giunta Regionale redige ed aggiorna l'elenco delle strutture di ricovero e cura a carattere scientifico in possesso del decreto di riconoscimento emesso dal Ministero della Sanità d' intesa col Ministero della Pubblica Istruzione.

Sulle istanze di nuovi riconoscimenti la Giunta regionale emana il proprio parere di merito previo parere della competente Commissione Consiliare.

La Giunta regionale provvede ad individuare le sedi preferenziali di collocazione delle strutture preposte all' esercizio di alte specialità o predisposte per l' installazione di apparecchiature ad avanzata tecnologia, scegliendole tra i presidi ospedalieri multizonali, ivi compresi i policlinici universitari e, per la parte assistenziale, anche gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di cui all' art. 42 della legge 23 dicembre 1978 n. 833.

La Giunta propone, altresì , ai competenti Uffici ministeriali variazioni dell'elenco delle strutture ad alta specialità , ai sensi dei comma 2 , 5 , e 8 dell' art. 5 della Legge 23 ottobre 1985 n. 595 comma 2, 5, e 8 dell' art. 5 della Legge 23 ottobre 1985 n. 595.

Art. 34

Apporto del volontariato

La Regione, al fine di valorizzare ogni potenzialità per il conseguimento dei fini istituzionali del Servizio Sanitario Nazionale, riconosce la funzione delle associazioni di volontariato di rilevante utilità sociale e di ausilio al perfezionamento degli obiettivi del Piano sanitario regionale.

La Giunta Regionale, in armonia con quanto disposto dall' art. 45 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, stabilisce le modalità di partecipazione del volontariato e il coordinamento delle attività che lo stesso è ammesso a svolgere nei presidi e nei servizi territoriali.

Art. 35

Ricerca finalizzata ed educazione sanitaria

Il Consiglio Regionale, su proposta della Giunta, indica annualmente le priorità di ricerca finalizzata agli obiettivi di cui all' art. 2 della Legge 23 ottobre 1985, n. 595 e gli artt. 2 e 3 della presente legge , nonché identifica obiettivi di preminente interesse regionale.

La ricerca finalizzata è finanziata a carico del Fondo sanitario nazionale, quota di parte corrente, col vincolo di destinazione.

La Giunta Regionale eroga contributi per ricerche prioritarie da finanziare sulla quota del Fondo sanitario regionale di cui al comma precedente, in misura non superiore al 10% della spesa totale

destinata alla ricerca.

L'intera rete dei servizi sanitari regionali è possibile soggetto attivo di ricerca finalizzata, attraverso appositi programmi.

Per la scelta dei progetti di ricerca da finanziare è costituita una Commissione così composta:

- Presidente: Assessore alla Sanità o suo delegato;
- Vice Presidente: Assessore alla Ricerca Scientifica o suo delegato;
- Componenti:

- n. 6 esperti scelti dall'Assessore alla Sanità: 3 tra i Primari Universitari, 2 tra i Primari Ospedalieri, 2 tra i Secondari;
- n. 2 esperti designati dall'Assessore alla Ricerca Scientifica;
- n. 1 rappresentante del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR);
- I direttori scientifici degli Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico ad alta specialità previsti dall'art. 33 della presente legge;
- Il Direttore Generale del SCPS del Ministero della Sanità o suo delegato;
- Il Coordinatore del Servizio AAGG dell'Assessorato alla Sanità ;
- Il Coordinatore del Servizio dell'Assessorato alla Ricerca Scientifica;
- Il Responsabile del Settore Programmazione Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità .

Art. 36

Limiti di applicabilità

La presente legge ha efficacia di indirizzo, di prescrizione e di vincolo per tutte le attività in essa previste.

Ai suoi contenuti ed indirizzi uniformano i loro atti e provvedimenti le UUSLL e gli organi di controllo nell'esercizio delle proprie funzioni.

La Regione dovrà , altresì , tener conto degli indirizzi contenuti nella presente normativa per la stipula della convenzione con l'Università ai sensi dell'art. 39 della legge 23 dicembre 1978 n. 833 .

E' abrogata ogni disposizione di legge o regolamento in contrasto con le norme aventi carattere dispositivo della presente legge.

Art. 37

Limiti di applicabilità per gli Istituti di ricovero e di cura a carattere scientifico

Ai contenuti e agli indirizzi della presente legge uniformano i loro atti e provvedimenti anche gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Art. 38

Norma transitoria e finale

Entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, la Regione adotta il Piano Sanitario Regionale per il triennio 1988- 1990.

La presente legge regionale sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Campania.

E' fatto obbligo, a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Campania.

Napoli, 25 agosto 1987

FANTINI