

# CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO



Consiglio Regionale del Veneto  
N del 27/08/2015 Prot.: 0016443 Titolario 2.6  
CRV CRV spc-UPA

16443

Al Signor Presidente  
della QUINTA Commissione Consiliare

Al Signor Presidente  
della PRIMA Commissione Consiliare

Sede



X LEGISLATURA

**oggetto:** Progetto di legge n. 24  
Proposta di legge di iniziativa dei Consiglieri Zaia, Finco, Rizzotto, Barbisan Riccardo, Gidoni e Semenzato relativa a: "Governo delle liste d'attesa nella Regione del Veneto".

Si comunica che i Consiglieri Boron, Brescacin e Villanova hanno sottoscritto il progetto di legge indicato in oggetto.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE

(Roberto Ciambetti)

SERVIZIO  
ATTIVITÀ E RAPPORTI ISTITUZIONALI  
IL DIRIGENTE CAPO  
Dott. Roberto Valente  
pdf\pdf\024 nuova sottoscrizione 2

IL SEGRETARIO GENERALE f.f.  
Dott. Roberto Valente

SERVIZIO ATTIVITÀ  
E RAPPORTI  
ISTITUZIONALI

Unità  
atti istituzionali

San Marco 2322  
Palazzo Ferro Fini  
30124 Venezia

+39 041 2701416 tel  
+39 041 2701271 fax  
uai@consiglioveneto.it  
www.consiglioveneto.it



# **CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO**

DECIMA LEGISLATURA

---

## **PROGETTO DI LEGGE N. 24**

---

PROPOSTA DI LEGGE d'iniziativa del Consigliere Zaia, Finco, Rizzotto, Riccardo Barbisan, Gidoni, Semenzato, Boron, Brescacin e Villanova \*

### **GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA NELLA REGIONE DEL VENETO**

Presentato alla Presidenza del Consiglio il 29 giugno 2015.

---

\* Con nota del 31 luglio 2015, prot. 14505 i consiglieri Barbisan, Gidoni e Semenzato ha sottoscritto la proposta di legge.

\* Con nota del 6 agosto 2015, prot. 14961 i consiglieri Boron, Brescacin e Villanova hanno sottoscritto la proposta di legge.

## GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA NELLA REGIONE DEL VENETO

*Relazione:*

*La proposta di legge regionale si inserisce nel quadro della vigente normativa nazionale e regionale di tutela e garanzia dei “livelli essenziali di assistenza”, così come delineatosi con il Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 più volte modificato, e che con la disciplina intervenuta nel 1999 ha precisato che il Servizio Sanitario Nazionale assicura i livelli essenziali ed uniformi di assistenza nel rispetto “dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità dell’impegno delle risorse”.*

*La Regione del Veneto ha promosso e sostenuto il processo di riorganizzazione nell'erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ai fini del contenimento delle liste d'attesa, con numerosi provvedimenti, in particolare con i Piani Attuativi Regionali – emanati in conformità ai Piani Nazionali 2006-2008 e 2010-2012 - di cui, tra le tante, alle deliberazioni della Giunta regionale n. 600/2007 e n. 863/2011.*

*Tale processo si è sviluppato attraverso l'elaborazione di strategie finalizzate all'ottimizzazione delle risorse, all'appropriatezza prescrittiva, all'informazione e comunicazione ed al governo dinamico della domanda e dell'offerta, anche attraverso l'integrazione pubblico-privato accreditato, come previsto dal vigente Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016.*

*La Giunta regionale ha quindi determinato gli obiettivi per le Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere e per l'Istituto Oncologico Veneto, definendo le soglie standard da erogarsi entro i tempi d'attesa stabiliti ed il numero ottimale di prestazioni per abitante per ciascuna Azienda ULSS territoriale (n. 4 prestazioni/abitante/ anno con esclusione delle prestazioni di laboratorio).*

*Con la proposta di legge si vuole garantire una riduzione dei tempi d'attesa massimi previsti per le diverse classi di priorità dal Piano Nazionale di governo delle liste d'attesa, assicurando nel contempo trasparenza ed equità a tutti gli assistiti nel territorio regionale.*

*L'obiettivo del rispetto dei tempi massimi d'attesa previsto dall'articolo 1 può essere perseguito dalle Aziende del SSR anche tramite gli erogatori privati accreditati sulla base dei previsti accordi contrattuali per garantire all'assistito la tempestività delle prestazioni sanitarie di cui necessita.*

*L'articolo 2, nel definire l'ambito di intervento dell'attività regionale di riduzione e rispetto dei tempi d'attesa, al fine di assicurarne l'effettiva garanzia prevede, quale utile strumento, il monitoraggio, la vigilanza e idonee misure da adottarsi in caso di mancato rispetto dei tempi d'attesa previsti.*

*Con l'articolo 3 si interviene specificamente nel campo dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa confermando l'obbligo, per i prescrittori del SSR del Veneto, di attribuire la corretta classe di priorità indicando il sospetto diagnostico.*

*Le classi di priorità alle quali sono attribuiti i tempi di erogazione indicati espressamente, infatti, impegnano tutti gli erogatori al rispetto del tempo d'attesa a decorrere dal primo contatto dell'assistito con una struttura pubblica o privata accreditata, con la quale siano stati stipulati gli appositi accordi.*

*Lo stesso articolo 3 definisce altresì gli obiettivi di minima e i margini operativi massimi previsti in caso di mancato rispetto dei tempi d'attesa, nonché l'obbligo per tutti gli erogatori pubblici e privati accreditati di assicurare idonei percorsi per le prestazioni urgenti e organizzare la presa in carico dell'assistito da parte del medico specialista nel caso in cui si rendano necessari ulteriori accertamenti e controlli.*

*Infine viene sancito la inammissibilità della chiusura delle agende di prenotazione.*

*Con l'articolo 4 si vuole assicurare un prezioso strumento di collaborazione e coinvolgimento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali interni e specialisti ospedalieri nella condivisione e applicazione estesa delle classi di priorità.*

*L'articolo 5 afferma il principio della presa in carico come modalità ordinaria che assicuri all'assistito la completa conclusione del percorso diagnostico.*

*L'articolo 6 dispone, nell'ottica di un sempre maggiore coinvolgimento degli assistiti nell'ottimale funzionamento del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie, l'obbligo di prevedere il ricevimento degli utenti da parte dei vertici delle aziende sanitarie.*

*L'articolo 7 si richiama al Servizio ispettivo della sanità istituito presso la Presidenza della Giunta regionale, cui spetta il controllo del rispetto dei tempi d'attesa e di quanto previsto dalla presente proposta legislativa.*

*L'articolo 8 istituisce uno specifico numero verde regionale presso il Servizio Ispettivo della sanità, dedicato ai cittadini per la segnalazione di criticità nell'accesso alle prestazioni sanitarie e nel rispetto dei tempi d'attesa.*

*L'articolo 9 definisce le caratteristiche e le funzioni minime essenziali del Centro Unico di Prenotazione, il CUP, cui devono aderire sia le strutture pubbliche che i privati accreditati. La norma dispone altresì una sorta di sanzione nei confronti degli assistiti che non rispettano la prenotazione della prestazione sanitaria, prevedendo l'obbligo della disdetta fatti salvi i casi di forza maggiore previsti dall'ordinamento vigente.*

*Nel caso in cui l'assistito non si presenti ovvero non disdica tempestivamente la prenotazione, anche qualora sia esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria, deve corrispondere l'intera tariffa prevista per la prestazione sanitaria prenotata.*

*L'articolo 10 prevede che sia assicurato un livello sempre maggiore di attività dei servizi ambulatoriali per l'utenza esterna, stabilendo l'apertura delle strutture fino alle ore 23.00, per almeno tre giorni alla settimana, e dalle ore 8.00 alle 12.00 la domenica ed i giorni festivi.*

*Prevede, altresì, che all'interno della programmazione aziendale il funzionamento delle apparecchiature diagnostiche sia effettuato per dodici ore al giorno per almeno sei giorni alla settimana, al fine di conseguire un maggiore efficientamento delle strumentazioni e delle apparecchiature diagnostiche.*

*L'articolo 11 istituisce il tavolo di monitoraggio aziendale definendone la composizione ed attribuendo allo stesso il compito di verificare l'appropriatezza prescrittiva e l'andamento dell'offerta aziendale, sia ospedaliera che di specialistica interna, nonché quella degli erogatori privati accreditati, consentendo la modulazione della stessa anche attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali all'uopo previsti.*

*L'articolo 12 fissa le modalità e i volumi dell'attività in regime di libera professione.*

*L'articolo 13 definisce i tempi massimi di erogazione degli interventi chirurgici in regime di ricovero, suddivisi in quattro classi, attribuendo al Direttore Medico responsabile organizzativo-funzionale della funzione ospedaliera la responsabilità del rispetto degli stessi. Stabilisce inoltre che gli interventi correlati al trattamento di neoplasie maligne (primaria, secondaria, in situ) siano inseriti nella classe di priorità A anche nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale.*

*L'articolo 14 prevede le sanzioni da comminarsi agli erogatori pubblici e privati accreditati, a fronte di reiterato mancato rispetto di quanto previsto dalla presente proposta legislativa in conformità alle disposizioni di legge vigenti, nonché ai professionisti sanitari secondo quanto previsto dagli istituti contrattuali vigenti.*

*L'articolo 15 ribadisce la necessità di attribuire la responsabilità organizzativo-funzionale ad un unico Dirigente Medico della Direzione Medica Ospedaliera nel caso di più apicalità.*

*L'articolo 16 dispone che la Giunta regionale promuova lo sviluppo di ulteriori reti regionali oltre a quelle già esistenti al fine di favorire l'efficienza e l'efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.*

*L'articolo 17 interviene con alcune necessarie modifiche alla vigente disciplina dettata dalla legge regionale 6 agosto 2002, n.22 in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali. Per l'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede delle strutture sanitarie, richiesta da determinati soggetti (alcune strutture pubbliche, o equiparate, istituzioni e organismi non lucrativi, e strutture private) considerata la competenza statutaria del Consiglio regionale in materia di programmazione socio-sanitaria, la nuova previsione vuole porre in capo alla competente Commissione consiliare la competenza a esprimere il parere obbligatorio e vincolante nei confronti dei soggetti richiedenti.*

*Nel caso di autorizzazione alla costruzione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede della nuova tipologia di strutture intermedie (quali gli ospedali di comunità, le unità riabilitative territoriali e gli hospice) richiesta da determinati soggetti (istituzioni ed organismi a scopo non lucrativo nonché da strutture private), considerata la competenza statutaria della Giunta regionale in materia di attuazione della programmazione socio-sanitaria, la nuova disposizione vuole attribuire alla Giunta la titolarità al rilascio della citata autorizzazione, previo parere della competente Commissione consiliare.*

*L'articolo 18 prevede che la Giunta regionale, con proprio provvedimento, adotta tutti gli atti necessari a dare attuazione alle diverse disposizioni della proposta legislativa, entro il termine di centottanta giorni dall'entrata in vigore della nuova legge.*

*L'articolo 19 sull'invarianza della spesa appare di particolare rilievo in quanto garantisce la stessa spesa a carico del Bilancio regionale, disponendo che l'attuazione delle norme contenute nella proposta legislativa avverrà mediante utilizzo delle risorse già a disposizione dell'Amministrazione regionale.*



## **GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA NELLA REGIONE DEL VENETO**

### **Art. 1 - Finalità della legge.**

1. La Regione promuove il governo delle liste d'attesa al fine di garantire a tutti gli assistiti un accesso equo alle migliori prestazioni sanitarie, in un luogo e con una tempistica adeguati, nonché la sicurezza delle stesse, mediante l'individuazione di strategie per la gestione delle criticità, in conformità del Piano nazionale di governo delle liste di attesa.

2. Per le finalità di cui al comma 1, le Aziende ULSS e ospedaliere, anche tramite gli erogatori privati accreditati, devono rispettare nei confronti dei propri assistiti i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

### **Art. 2 - Ambiti d'intervento.**

1. L'attività della Regione è volta, in particolare:

- a) a perseguire la riduzione ed il rispetto dei tempi di attesa;
- b) ad assicurare all'assistito la effettiva possibilità di vedersi garantita l'erogazione delle prestazioni sanitarie nell'ambito delle strutture pubbliche e private accreditate;
- c) a monitorare e vigilare sui risultati raggiunti;
- d) a prevedere idonee misure da adottarsi nei confronti del Direttore generale delle Azienda ULSS e ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati, in caso di mancato rispetto dei tempi individuati per l'erogazione delle prestazioni.

### **Art. 3 - Appropriatezza prescrittiva ed erogativa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.**

1. Il medico prescrittore ha l'obbligo, nel caso di prima visita o di esami diagnostici, di attribuire la appropriata classe di priorità e di indicare il sospetto diagnostico.

2. Le classi di priorità sono lo strumento per assegnare il corretto tempo di accesso alle prestazioni sanitarie considerando la data della richiesta della prestazione rivolta all'erogatore e la data di erogazione proposta.

3. Le classi di priorità sono le seguenti:

- classe U (Urgente);
- classe B (Breve Attesa);
- classe D (Differita);
- classe P (Programmabile).

4. Ad ogni classe di priorità corrisponde una diversa tempistica di erogazione della prestazione sanitaria, come di seguito indicato:

- classe U entro 24 ore dalla presentazione;
- classe B entro 10 giorni dalla prenotazione;
- classe D entro 30 giorni dalla prenotazione;
- classe P entro 60/90 giorni dalla prenotazione secondo indicazione del medico prescrittore.

5. Le Aziende ULSS hanno l'obbligo di erogare le prestazioni sanitarie di cui alla presente legge nei confronti dei propri assistiti, anche tramite l'offerta delle aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati previa stipula degli appositi accordi contrattuali previsti dall'articolo 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421."

6. Almeno il 90% delle prestazioni prioritarizzate deve essere erogato entro i tempi massimi previsti da ogni classe di priorità da parte delle Aziende ULSS e ospedaliere nonché dalle strutture private accreditate. Il restante 10 per cento deve essere erogato entro i successivi dieci giorni nel caso di classe B, entro i successivi trenta giorni negli altri casi.

7. Qualora alla prima visita sia attribuita la classe di priorità U, le Aziende ULSS e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati devono organizzare idonei percorsi assistenziali, anche mediante l'accesso diretto agli ambulatori, ove possibile.

8. La classe di priorità U è riservata, di norma, alle prescrizioni di prima visita specialistica ambulatoriale. Nel caso di necessità di ulteriori accertamenti e controlli, le Aziende ULSS e ospedaliere, anche mediante gli erogatori privati accreditati, devono organizzare la presa in carico dell'assistito da parte del medico specialista.

9. Le visite e gli accertamenti di controllo devono essere effettuati, nel tempo previsto dal medico prescrittore, dallo stesso ovvero da altri medici appartenenti alla medesima struttura sanitaria.

10. Non è ammessa la chiusura delle agende di prenotazione.

11. I Direttori generali delle Aziende ULSS elaborano annualmente un documento di analisi e previsione relativo alla domanda di prestazioni ambulatoriali proveniente dai propri assistiti e alla corrispondente offerta aziendale, comprensiva anche di quella delle Aziende ospedaliere nonché degli erogatori privati accreditati.

#### **Art. 4 - Teleconsulto.**

1. Le Aziende ULSS e ospedaliere, nonché gli erogatori privati accreditati, devono rendere possibile il teleconsulto tra i medici ospedalieri e i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta di afferenza territoriale.

#### **Art. 5 - Presa in carico dell'assistito.**

1. Il medico specialista, che ritiene necessari ulteriori accertamenti al fine di completare il sospetto diagnostico, ha l'obbligo della presa in carico dell'assistito fino alla completa conclusione del percorso diagnostico.

#### **Art. 6 - Rapporto con gli utenti.**

1. Il Direttore generale dell'Azienda ULSS e ospedaliera determina adeguate forme e modalità per il ricevimento dei propri utenti, almeno un giorno alla settimana, dandone idonea comunicazione al pubblico nel sito istituzionale dell'Azienda.

#### **Art. 7 - Attività ispettiva.**

1. Il Servizio ispettivo della sanità, istituito presso la Presidenza della Giunta regionale, effettua il controllo sul rispetto della disciplina sulle liste di attesa mediante verifica presso le Aziende ULSS e ospedaliere nonché gli erogatori privati accreditati.

#### **Art. 8 - Numero verde.**

1. È istituito presso il Servizio ispettivo della sanità un numero verde regionale a cui gli assistiti possono rivolgersi per segnalare criticità legate ai tempi di attesa per accedere alle prestazioni sanitarie.

#### **Art. 9 - Centro Unico di Prenotazione.**

1. Il Centro di prenotazione deve essere unico a livello di Azienda ULSS (CUP).

2. Gli erogatori pubblici e privati accreditati, ospedalieri e ambulatoriali, devono afferire al Centro unico di prenotazione.

3. Le prestazioni specialistiche, ad eccezione di quelle di medicina di laboratorio, devono essere prenotate esclusivamente tramite il Centro unico di prenotazione.

4. Gli erogatori pubblici e privati accreditati, ospedalieri e ambulatoriali, nominano il proprio CUP Manager con il compito di organizzare e monitorare i processi di prenotazione ed erogazione delle prestazioni sanitarie.

5. Il Centro unico di prenotazione deve prevedere un sistema di *re-call* per ricordare all'assistito la data di erogazione della prestazione e per ricevere le disdette delle prenotazioni.

6. L'assistito che non si presenta nel giorno previsto per l'erogazione della prestazione, senza aver dato idonea disdetta, fatti salvi i casi di forza maggiore, è tenuto al pagamento della prestazione all'erogatore pubblico o privato accreditato, secondo la tariffa prevista dal vigente Nomenclatore tariffario, anche se esente dalla partecipazione alla spesa sanitaria.

#### **Art. 10 - Apertura delle strutture e orari dei servizi ambulatoriali e diagnostici ospedalieri.**

1. Le Aziende ULSS e le Aziende ospedaliere nonché i presidi ospedalieri accreditati privati assicurano ordinariamente i servizi ambulatoriali per l'utenza esterna attraverso l'apertura delle strutture fino alle ore 23.00, per almeno tre giorni alla settimana, e dalle ore 8.00 alle 12.00 la domenica ed i giorni festivi.

2. La programmazione dell'attività delle apparecchiature diagnostiche deve prevedere il loro utilizzo minimo per dodici ore al giorno per almeno sei giorni alla settimana.

#### **Art. 11 - Tavolo di monitoraggio aziendale.**

1. È istituito il Tavolo di monitoraggio aziendale i cui componenti sono nominati dal Direttore generale.

2. Il tavolo è presieduto dal Direttore sanitario ed è composto da:

- Direttore Medico responsabile della funzione ospedaliera;
- Direttore del Distretto;
- CUP Manager;
- rappresentanti dei medici dipendenti e dei medici convenzionati;
- rappresentante delle associazioni degli erogatori privati accreditati;
- rappresentanti delle associazioni degli utenti.

3. Il Tavolo di monitoraggio ha il compito di verificare l'appropriatezza prescrittiva e l'andamento dell'offerta aziendale, sia ospedaliera sia di specialistica interna, nonché quella degli erogatori privati accreditati, consentendo

la modulazione della stessa anche attraverso l'utilizzo degli istituti contrattuali all'uopo previsti.

#### **Art. 12 - Attività in regime di libera professione.**

1. I professionisti che erogano una prestazione in regime di libera professione non possono prescrivere prestazioni, per proseguire l'iter diagnostico-terapeutico, con oneri a carico del Servizio sanitario regionale.

2. Il volume di prestazioni ambulatoriali erogate dal professionista in regime di libera professione non può essere superiore al volume di prestazioni erogate in regime istituzionale.

#### **Art. 13 - Ricovero ordinario per intervento chirurgico.**

1. I tempi massimi per l'effettuazione di interventi chirurgici correlati alle classi di priorità sono, inderogabilmente, i seguenti:

- classe A: 30 giorni dalla data di fissazione dell'intervento;
- classe B: 60 giorni dalla data di fissazione dell'intervento;
- classe C: 90 giorni dalla data di fissazione dell'intervento;
- classe D: 180 giorni dalla data di fissazione dell'intervento.

2. Il Direttore Medico responsabile organizzativo-funzionale dell'intera funzione ospedaliera è responsabile del rispetto dei tempi di cui al comma 1.

3. Gli interventi di chirurgia correlati al trattamento di una neoplasia maligna (primaria, secondaria, in situ) sono inseriti nella classe di priorità A, anche nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale.

4. La Giunta regionale individua le sedi per lo svolgimento dell'attività chirurgica correlata a patologie oncologiche di maggiore complessità clinica e organizzativa, al fine di assicurare il rispetto del DM 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" per quanto attiene, in particolare, ai volumi di attività e agli esiti.

#### **Art. 14 - Sanzioni.**

1. All'esito di specifica contestazione da parte del Servizio ispettivo della sanità, cui sia seguito l'accertamento del reiterato mancato rispetto di quanto previsto dalla presente legge, il Direttore generale dell'Azienda ULSS e dell'Azienda ospedaliera dell'Istituto Oncologico Veneto decade dall'incarico.

2. All'esito di specifica contestazione da parte del Servizio ispettivo della sanità, cui sia seguito l'accertamento del reiterato mancato rispetto di quanto previsto dalla presente legge, agli erogatori privati è revocato l'accreditamento istituzionale rilasciato.

3. In caso di mancato rispetto di quanto previsto dalla presente legge da parte dei professionisti, si applicano le procedure e le sanzioni previste dagli istituti contrattuali vigenti.

#### **Art. 15 - Responsabilità funzione ospedaliera.**

1. Quando le schede di dotazione ospedaliera di cui all'articolo 9 della legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016" prevedono la presenza di più apicalità di Direzione Medica Ospedaliera, le funzioni di queste devono essere differenziate, ferma restando la responsabilità

organizzativo-funzionale della funzione ospedaliera in capo ad un unico Dirigente Medico.

#### **Art. 16 - Reti assistenziali.**

1. La Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare, promuove lo sviluppo di ulteriori reti assistenziali, oltre quelle già attive nell'ambito del SSR, necessarie a garantire una maggiore efficienza ed efficacia nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

#### **Art. 17 - Modifica della legge regionale 6 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali".**

1. Al comma 3 dell'articolo 3 della legge regionale 6 agosto 2002, n. 22 dopo le parole "*positiva valutazione*" sono inserite le parole "*da parte della competente Commissione consiliare*"; alla fine le parole "*rilasciato dalla struttura regionale competente*" sono sostituite dalle parole "*rilasciato dalla competente Commissione consiliare*".

2. All'articolo 7 della legge regionale 6 agosto 2002, n. 22 sono introdotte le seguenti modifiche:

a) al comma 1, lettera b), alla fine, sono aggiunte le seguenti parole: "*, con esclusione degli ospedali di comunità, delle unità riabilitative territoriali e degli hospice*";

b) Dopo il comma 2 è aggiunto il seguente comma 2bis:

*"2 bis. L'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede degli ospedali di comunità, delle unità riabilitative territoriali e degli hospice richiesta da istituzioni ed organismi a scopo non lucrativo, nonché da strutture private è rilasciata dalla Giunta regionale, sentita la competente Commissione consiliare."*

#### **Art. 18 - Norma finale.**

1. La Giunta regionale, entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, adotta gli atti necessari a dare attuazione alle disposizioni della stessa.

#### **Art. 19 - Invarianza della spesa.**

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza regionale.

#### **Art. 20 - Entrata in vigore.**

1. Le disposizioni della presente legge entrano in vigore a far data dal 1 gennaio 2016.



## INDICE

Art. 1 - Finalità della legge. ....	5
Art. 2 - Ambiti d'intervento. ....	5
Art. 3 - Appropriately prescrittiva ed erogativa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. ....	5
Art. 4 - Teleconsulto. ....	6
Art. 5 - Presa in carico dell'assistito. ....	6
Art. 6 - Rapporto con gli utenti. ....	6
Art. 7 - Attività ispettiva. ....	6
Art. 8 - Numero verde. ....	7
Art. 9 - Centro Unico di Prenotazione. ....	7
Art. 10 - Apertura delle strutture e orari dei servizi ambulatoriali e diagnostici ospedalieri. ....	7
Art. 11 - Tavolo di monitoraggio aziendale. ....	7
Art. 12 - Attività in regime di libera professione. ....	8
Art. 13 - Ricovero ordinario per intervento chirurgico. ....	8
Art. 14 - Sanzioni. ....	8
Art. 15 - Responsabilità funzione ospedaliera. ....	8
Art. 16 - Reti assistenziali. ....	9
Art. 17 - Modifica della legge regionale 6 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali". ....	9
Art. 18 - Norma finale. ....	9
Art. 19 - Invarianza della spesa. ....	9
Art. 20 - Entrata in vigore. ....	9

**PARTE NOTIZIALE**  
(aggiornata alla data di presentazione del progetto)

**Nota all'articolo 3**

**Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (1)**  
**RIORDINO DELLA DISCIPLINA IN MATERIA SANITARIA, A NORMA**  
**DELL'ARTICOLO 1 DELLA L. 23 OTTOBRE 1992, N. 421 (2).**

**Articolo 8-quinquies - Accordi contrattuali (3).**

1. Le regioni, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, definiscono l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuano i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- a) individuazione delle responsabilità riservate alla regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- b) indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale ;
- c) determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;
- d) criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura (4).

2. In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, comprese le aziende ospedaliero-universitarie, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano (5):

- a) gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza. Le regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire la preventiva autorizzazione, da parte dell'azienda sanitaria locale competente, alla fruizione presso le strutture o i professionisti accreditati (6);
- c) i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d);

e) il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti e le procedure che dovranno essere seguite per il controllo esterno della appropriatezza e della qualità della assistenza prestata e delle prestazioni rese, secondo quanto previsto dall'articolo 8-octies;

e-bis) la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto dell'equilibrio economico-finanziario programmato (7).

2-bis. [Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, ai fini di cui al comma 2-ter, sono individuate le categorie destinatarie e le tipologie delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie militari (8)] (9).

2-ter. [Con decreto del Ministro della sanità e del Ministro della difesa, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono individuate, nel rispetto delle indicazioni degli strumenti di programmazione regionale e tenendo conto della localizzazione e della disponibilità di risorse delle altre strutture sanitarie pubbliche esistenti, le strutture sanitarie militari accreditabili, nonché le specifiche categorie destinatarie e le prestazioni ai fini della stipula degli accordi contrattuali previsti dal presente articolo. Gli accordi contrattuali sono stipulati tra le predette strutture sanitarie militari e le regioni nel rispetto della reciproca autonomia (10)] (11).

2-quater. Le regioni stipulano accordi con le fondazioni istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, che sono definiti con le modalità di cui all'articolo 10, comma 2, del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Le regioni stipulano altresì accordi con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli articoli 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive modificazioni, che prevedano che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio, nonché sulla base di funzioni riconosciute dalle regioni, tenendo conto nella remunerazione di eventuali risorse già attribuite per spese di investimento, ai sensi dell'articolo 4, comma 15, della legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive modificazioni ed integrazioni. Ai predetti accordi e ai predetti contratti si applicano le disposizioni di cui al comma 2, lettere a), b), c), e) ed e-bis) (12).

2-quinquies. In caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'articolo 8-quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso (13).

-----

- (1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 30 dicembre 1992, n. 305, S.O.
- (2) Vedi, anche, l'art. 32, D.P.R. 18 aprile 1994, n. 441.
- (3) Articolo così inserito dall'art. 8, comma 4, D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (Gazz. Uff. 16 luglio 1999, n. 165, S.O.).
- (4) Comma così modificato dall'art. 8, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254 (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).
- (5) Alinea così modificato dal comma 1-quinquies dell'art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112, aggiunto dalla relativa legge di conversione.
- (6) Lettera così modificata dal comma 1-quinquies dell'art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112, aggiunto dalla relativa legge di conversione.
- (7) Lettera aggiunta dal comma 1 dell'art. 8, D.L. 31 dicembre 2007, n. 248, come rettificato con Comunicato 11 gennaio 2008 (Gazz. Uff. 11 gennaio 2008, n. 9) e sostituito dalla relativa legge di conversione.
- (8) Comma aggiunto dall'art. 7, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254 (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.). In attuazione di quanto disposto nel presente comma, vedi il D.M. 31 ottobre 2000.
- (9) Comma abrogato dall'art. 2268, comma 1, n. 896), D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66, con la decorrenza prevista dall'art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. n. 66/2010.
- (10) Comma aggiunto dall'art. 7, D.Lgs. 28 luglio 2000, n. 254 (Gazz. Uff. 12 settembre 2000, n. 213, S.O.).
- (11) Comma abrogato dall'art. 2268, comma 1, n. 896), D.Lgs. 15 marzo 2010, n. 66, con la decorrenza prevista dall'art. 2272, comma 1 del medesimo D.Lgs. n. 66/2010.
- (12) Comma aggiunto dal comma 1-quinquies dell'art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.
- (189) Comma aggiunto dal comma 1-quinquies dell'art. 79, D.L. 25 giugno 2008, n. 112, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione.

### **Nota all'articolo 13**

#### **Decreto ministeriale 2 aprile 2015, n. 70(1).**

REGOLAMENTO RECANTE DEFINIZIONE DEGLI STANDARD QUALITATIVI, STRUTTURALI, TECNOLOGICI E QUANTITATIVI RELATIVI ALL'ASSISTENZA OSPEDALIERA. (2)

-----

- (1) Pubblicato nella Gazz. Uff. 4 giugno 2015, n. 127.
- (2) Emanato dal Ministero della salute.

## Nota all'articolo 15

### **Legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 (BUR n. 53/2012)**

**NORME IN MATERIA DI PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA E APPROVAZIONE DEL PIANO SOCIO-SANITARIO REGIONALE 2012-2016**  
(1)

#### **Art. 9 - Schede di dotazione ospedaliera.**

1. La Giunta regionale adegua, in conformità a quanto previsto dall'articolo 1, comma 3, sentita la competente commissione consiliare, che esprime parere obbligatorio (15), le schede di dotazione ospedaliera, di cui alla legge regionale 30 agosto 1993, n. 39 "Norme di attuazione della legge 30 dicembre 1991, n. 412 in materia sanitaria" e successive modificazioni e all'articolo 14 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5 "Piano socio-sanitario regionale per il triennio 1996-1998" e successive modificazioni, alle disposizioni previste dal presente PSSR. Le schede definiscono la dotazione strutturale ospedaliera delle aziende ULSS, dell'Istituto oncologico veneto (IOV), delle aziende ospedaliere e delle strutture private accreditate, indicano l'ammontare dei posti letto per aree omogenee e le unità operative autonome, specificando la tipologia di struttura in unità complessa e semplice a valenza dipartimentale e il setting ordinario, diurno o ambulatoriale, intendendosi per ordinario il ricovero organizzato sulle ventiquattro ore.
2. La Giunta regionale ridefinisce la rete dei presidi di emergenza-urgenza in modo da garantire a tutti i cittadini, compresi quelli residenti nei territori lagunari, montani e a bassa densità di popolazione, un accesso in tempi garantiti a soccorsi adeguati, secondo i criteri definiti nell'allegato A, paragrafo 3.2.4.
3. La specificità della Provincia di Belluno, così come previsto dall'articolo 15 dello Statuto, nelle schede di dotazione ospedaliera di cui al comma 1 si attua riconoscendo l'organizzazione policentrica a rete ed il suo integrale finanziamento, tenendo espressamente conto dei maggiori costi da ciò derivanti.
4. È abrogato il comma 7 dell'articolo 14 della legge regionale 3 febbraio 1996, n. 5.
5. Sono abrogate tutte le disposizioni regionali in contrasto con il presente articolo.

-----  
(1) La legge è stata impugnata dal Governo innanzi alla Corte Costituzionale con ricorso n. 119/2012 (G.U. 1<sup>a</sup> serie speciale n. 42/2012), con il quale è stata sollevata questione di legittimità costituzionale degli articoli 1, comma 4, 9, comma 1 e 10, comma 1, per violazione degli articoli 97, 121 e 123 della Costituzione e degli articoli 46 e 58 dello Statuto della Regione Veneto. Secondo il ricorrente, le disposizioni impuginate alteravano gli equilibri e violavano il riparto di competenze tra Giunta e Consiglio regionale così come definite dalle norme costituzionali e statutarie sopra citate. Con ordinanza n.253/2013 (G.U. 1<sup>a</sup> serie speciale n. 44/2013) la Corte ha dichiarato estinto il processo a seguito della rinuncia da parte del Presidente del Consiglio dei ministri al ricorso, e della relativa accettazione da parte della Regione del Veneto, in considerazione delle modifiche introdotte dalla legge della Regione Veneto 3 dicembre 2012, n. 46 (Modifiche di disposizioni regionali in materia di programmazione ed

organizzazione socio-sanitaria e di tutela della salute) di ciascuna delle norme censurate; in particolare l'articolo 1 della predetta legge ha previsto che il direttore generale alla sanità e al sociale sia nominato dalla Giunta regionale su proposta del Presidente della Giunta, mentre con riferimento alle schede di dotazione ospedaliera e territoriale l'articolo 2 ha sostituito la previsione del parere obbligatorio e vincolante della competente commissione consiliare con il solo parere obbligatorio di quest'ultima.

### **Nota all'articolo 17**

## **Legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 (BUR n. 82/2002) AUTORIZZAZIONE E ACCREDITAMENTO DELLE STRUTTURE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIALI (1)**

### **Art. 3 - Autorizzazione alla realizzazione.**

1. L'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede delle strutture pubbliche della Regione, di enti o aziende dalla stessa dipendenti, oppure dalla stessa finanziate anche parzialmente, che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, comprensivo dei servizi di diagnosi e di cura, è rilasciata dalla Regione, in conformità all'articolo 77 della legge regionale 27 giugno 1985, n. 61 "Norme per l'assetto e l'uso del territorio" e successive modificazioni.
2. L'autorizzazione alla costruzione, ampliamento e trasformazione, trasferimento delle restanti strutture pubbliche, o equiparate ai sensi dell'articolo 4, comma 12, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni, delle istituzioni ed organismi a scopo non lucrativo, nonché delle strutture private, che erogano prestazioni di ricovero ospedaliero, viene rilasciata dal comune in cui avrà sede la struttura, nell'esercizio delle proprie competenze in materia di autorizzazioni e concessioni edilizie ai sensi della normativa vigente
3. Il rilascio delle autorizzazioni di cui al presente articolo è subordinato alla positiva valutazione della rispondenza del progetto alla programmazione socio-sanitaria regionale, definita in base al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione e distribuzione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture. Per le strutture di cui al comma 2, la rispondenza alla programmazione socio-sanitaria è attestata nel parere obbligatorio e vincolante rilasciato dalla struttura regionale competente.

### **Art. 7 - Autorizzazione alla realizzazione.**

1. L'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, trasformazione, trasferimento in altra sede delle strutture pubbliche, di istituzioni ed organismi a scopo non lucrativo, nonché delle strutture private, che erogano prestazioni di assistenza residenziale extraospedaliera, a ciclo continuativo e/o diurno di carattere estensivo o intensivo, ivi compresi i centri residenziali per tossicodipendenti e malati di AIDS, è rilasciata:

a) dalla Regione, in conformità all'articolo 77 della legge regionale 27 giugno 1985, n. 61 e successive modificazioni, qualora si tratti di strutture della Regione, di enti o aziende da essa dipendenti, oppure dalla stessa finanziate, anche parzialmente;

b) dal comune in cui avrà sede la struttura, nei rimanenti casi.

2. Il rilascio delle autorizzazioni di cui al comma 1 avviene previa positiva valutazione della rispondenza alla programmazione socio-sanitaria regionale e attuativa locale, definita in base al fabbisogno complessivo ed alla localizzazione e distribuzione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture. Nei casi di cui al comma 1, lettera b), la rispondenza alla programmazione socio-sanitaria è attestata nel parere obbligatorio e vincolante rilasciato dal dirigente della struttura regionale competente

-----  
(1) L'art. 2 della legge regionale 7 febbraio 2014, n. 2 detta disposizioni in materia di riparto di risorse finanziarie per i soggetti privati accreditati che erogano prestazioni di elevata complessità. L'art. 32 della legge regionale 30 gennaio 2004, n. 1 ai commi 5 e 6 prevede che: "5. Congiuntamente alle procedure di accreditamento previste dalla legge regionale 16 agosto 2002, n. 22 "Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali" le associazioni di categoria maggiormente rappresentative operanti nel settore socio sanitario, entro il primo semestre di ciascun anno a valere per l'esercizio successivo, possono proporre alla Giunta regionale un elenco di servizi di benessere strutturali, ambientali e personali ulteriori a quelle ordinariamente dovute, come previste nella Carta dei servizi di ciascuna struttura residenziale accreditata, nonché i corrispettivi applicabili, da erogarsi a richiesta di parte e con onere a carico totale ed esclusivo dell'interessato, secondo un contratto tipo da stipularsi con l'ente gestore proponente.

6. La Giunta regionale definisce annualmente, in riferimento all'esercizio successivo, l'elenco delle prestazioni e dei corrispettivi di riferimento e approva, altresì, il contratto tipo di cui al comma 5, con esclusione di oneri a carico del bilancio regionale; agli attuali ospiti delle strutture residenziali accreditate si applicano le condizioni di miglior favore."