



Regione del Veneto

Deliberazione della Giunta

Presidente	Giancarlo Galan
V. Presidente	Bruno Canella
Assessori	Raffaele Bazzoni
	Luca Bellotti
	Franco Bozzolin
	Iles Braghetto
	Cesare Campa
	Gaetano Fontana
	Fabio Gava
	Massimo Giorgetti
	Francesco Piccolo
	Floriano Pra
	Raffaele Zanon

n. 751 del 10 MAR. 2000

Segretario Gianfranco Zanetti

OGGETTO: Assistenza residenziale extraospedaliera intensiva ed estensiva - L.R. n. 5/96 (Art. 13 co 3 - Art. 17) - P.S.S.R. 1996-1998.

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Iles Braghetto, di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali, Raffaele Zanon, riferisce quanto segue:

la Giunta regionale con separato provvedimento (D.G.R. n. 740 del 19.03.1999) ha già provveduto ad approvare il documento programmatico relativo alla ridefinizione della rete ospedaliera ai sensi della L.R. 3.2.1996 n. 5 (art. 14), della L. 18.7.1996 n. 382 e della L. 23.12.1996 n. 662. Con tale deliberazione si è provveduto, tra l'altro, a ridefinire la dotazione dei posti letto ospedalieri per post-acuzie e riabilitazione entro lo standard previsto dalla normativa vigente di 1 p.l. per 1.000 abitanti che si affianca ai 4 p.l. per l'acuzie.

Con il presente provvedimento si intende completare la programmazione regionale delle strutture di residenzialità comportanti assistenza sanitaria - medica, infermieristica e riabilitativa - e di rilievo sanitario, con particolare riferimento alle strutture per anziani e altri non autosufficienti e per disabili non assistibili a domicilio.

Nella definizione della proposta si farà riferimento alla ipotesi di un sistema assistenziale a rete come prospettato nel D.Leg.vo n. 229/99 art. 3 - septies. Tale modello integra in una visione unitaria i servizi per gli anziani, per i non autosufficienti e per i soggetti portatori di menomazioni, disabilità o handicap in tre tipologie di interventi:

1. - gli interventi con prestazioni sanitarie a rilevanza sociale
2. - gli interventi con prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
3. - gli interventi con prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Il riferimento ad altri documenti fondamentali quali il D.P.R. 14 gennaio 1997 concernente «Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e province autonome in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private»; nonché le «Linee guida per le attività di riabilitazione» approvate dalla Conferenza per i rapporti permanenti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome nella seduta del 7 maggio 1998 (G.U. n. 124 del 30 maggio 1998) suggerisce di articolare la programmazione di questo settore in due grandi aree:

- area della residenzialità con assistenza estensiva
- area della residenzialità con assistenza intensiva

assumendo, in sintonia con le citate linee guida nazionali in materia di riabilitazione, la soglia convenzionale delle tre ore giornaliere di intervento sanitario sul singolo soggetto ospite, quale punto di discriminare tra la assistenza estensiva e quella intensiva.

1. AREA DELLA RESIDENZIALITA' CON ASSISTENZA ESTENSIVA

- 1.1. L'esigenza di residenzialità con assistenza estensiva per anziani e altri non autosufficienti e per disabili non assistibili a domicilio è correlata alla stessa evoluzione delle politiche sanitarie che, sempre di più, tendono a limitare i ricoveri ospedalieri alla sola fase della acuzie e del trattamento delle fasi immediatamente successive all'acuzie (lungodegenza e riabilitazione ospedaliera), rinviando alla rete territoriale di servizi e strutture residenziali i trattamenti di lungo assistenza e di riabilitazione prolungata che, se non effettuabili a domicilio, debbono trovare la possibilità di realizzazione in strutture di accoglienza che integrano la rete ospedaliera, ma se ne differenziano per la minore intensità di cure e relativa organizzazione.

L'altro settore costitutivo della rete territoriale della residenzialità con assistenza estensiva è rappresentato dalla riorganizzazione e riqualificazione delle Case di Riposo per non autosufficienti.

Viene così a configurarsi il concetto di assistenza residenziale, delineato nel D.P.R. 14.01.1997, «... come una gamma di strutture che offrono diversi gradi di assistenza sanitaria (nelle sue componenti mediche, infermieristiche e riabilitative e socio assistenziali di rilievo sanitario), accompagnati da un livello «alto» di assistenza tutelare e alberghiera».

La tipologia delle strutture è correlata alle caratteristiche degli ospiti, al loro grado di autonomia, alle potenzialità e ai tempi per il loro eventuale recupero psico-fisico.

In tale senso, constatato che per definizione le forme di assistenza ad alta intensità sono comunque realizzate in ambito ospedaliero nei limiti e con le modalità di cui alla D.G.R. n. 740/99 o presso le strutture storicamente rappresentate dagli Istituti e Centri di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 disciplinate dal presente atto, così come riclassificate dalle Linee guida nazionali in materia di riabilitazione, la residenzialità extraospedaliera per gli anziani e altri non autosufficienti e per disabili, può articolarsi sulle seguenti tipologie di servizi:

- Servizi caratterizzati da un livello di intensità media di assistenza sanitaria;
- Servizi caratterizzati da un livello di intensità ridotta di assistenza sanitaria;
- Servizi caratterizzati da un livello di intensità minima di assistenza sanitaria.

Le tre tipologie di servizi sopra delineate si realizzano, attraverso un modello organizzativo modulare (inteso come attivazione di nuclei specifici, in conformità alle disposizioni della D.G.R. 2034/94), sia presso le strutture ospedaliere di riconversione – L.R. 39/93 -, che presso le Case di Riposo per

anziani non autosufficienti e Istituti residenziali per disabili (disciplinate dal Regolamento regionale 17.12.1984 n. 8 e D.G.R. 2034/94 - art. 14), tramite specializzazione funzionale di quota parte dei posti letto e relativi servizi annessi.

In definitiva il modello proposto per la Regione del Veneto realizza la residenzialità sanitaria extraospedaliera a carattere estensivo attraverso la implementazione di una rete di RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), così come previste dalla legge n. 67/88 e dal DPCM 22.12.89, costituita da presidi territoriali derivanti da riconversioni di strutture ospedaliere dismesse che presentino standard adeguati alle vigenti disposizioni di legge; nonché attraverso un processo di qualificazione della risposta assistenziale sanitaria che può essere espressa dalla rete delle Case di Riposo per anziani non autosufficienti e degli Istituti residenziali per disabili.

All'interno di tali strutture possono essere autorizzate e accreditate forme di assistenza sanitaria di intensità media (NRSA: Nuclei di R.S.A.), ridotta (NRSAir: Nuclei di R.S.A. ad intensità ridotta) e minima (Rass: Residenze Assistite).

L'accesso alle diverse tipologie di servizio sopra descritte sarà effettuato attraverso l'Unità Operativa Distrettuale con riferimento al livello di autonomia delle persone non autosufficienti. In particolare va ricordato che la Giunta regionale ha provveduto a definire le modalità di accesso alle varie tipologie di strutture sopradelineate nell'ambito della rete integrata dei servizi per gli anziani, comprensiva anche delle forme di ADI (Assistenza Domiciliare Integrata), precisando il ruolo del Medico di Medicina Generale e della competente Unità Operativa Distrettuale (DD.G.R. n. 561 del 3 marzo 1998 e n. 1721 del 19 maggio 1998). Da ultimo si richiama la D.G.R. n. 3979 del 09.11.1999 "Valutazione multidimensionale dell'adulto e dell'anziano. Approvazione della scheda S.V.A.M.A."

- 1.2. In relazione al modello sopra evidenziato, si è provveduto, in sede di prima applicazione, a stimare in **Tabella 1** il fabbisogno complessivo di residenzialità attuale e al 2002 per tutta la Regione e per singole Aziende U.L.S.S.:
 1. a) per anziani non autosufficienti
 - b) per altri non autosufficienti di età inferiore ai 65 anni (non autosufficienza generica in generale connessa a polipatologie)
2. per disabili non assistibili a domicilio (menomazioni e disabilità specifiche)

Per quanto riguarda il punto 1, la stima si attesta su una cifra pari al 1% degli anziani in età compresa tra i 65 ed i 74 anni più il 4% degli anziani ultrasettantacinquenni cui aggiungere un 10% di detta somma, quale stima relativa agli altri non autosufficienti (di età inferiore ai 65 anni). Per operare le stime si è fatto riferimento ai dati di popolazione aggiornati, dopo quelli relativi al Censimento generale dell'anno 1991, di fonte ISTAT - Movimento Anagrafico della popolazione residente - Flusso POSAS.

In valori assoluti si tratta di 18.077 anziani nel 2000 (+ 2.008 per altri non autosufficienti = 20.085) e di 18.740 (+ 2.083 altri non autosufficienti = 20.828) nel 2002. Come si vede si tratta di valori assai rilevanti che trovano

giustificazione nella specifica situazione demografica e socio-economica della Regione del Veneto. Per apprezzare l'impegno assistenziale che ne deriva è utile tener presente che in base all'attuale schema di riparto del FSN, per una Regione della dimensione di popolazione del Veneto, viene prevista la assistibilità, in residenzialità sanitaria di oltre 21.000 persone.

Il reperimento di risorse per sostenere tale modello implica una corrispondente riduzione della spesa nella erogazione delle prestazioni ricomprese negli altri livelli assistenziali di cui al P.S.N., ovvero, più auspicabilmente, la disponibilità di maggiori risorse conseguibile attraverso un diverso meccanismo di riparto del F.S.N. e di determinazione del F.S.R..

Per quanto riguarda invece il calcolo del fabbisogno per disabili, non potendo far ricorso a valutazioni epidemiologiche aggiornate o comunque scientificamente validate, sono stati ritenuti comunque validi i dati sulla domanda, così come desumibile presso gli uffici regionali, che hanno consigliato di adottare un indice di fabbisogno pari a 0,5 per 1000 abitanti.

In valori assoluti si tratta di un fabbisogno stimato nel 2000 di 2.257 posti e nel 2002 di 2.263 posti.

- 1.3. Lo sviluppo del modello sopra delineato ha portato alla definizione delle Tabelle 2 e 3 nelle quali è delineata la programmazione delle residenzialità sanitarie con assistenza estensiva sino al 2002.
 - 1.3.1. Per quanto riguarda la **Tabella 2**, essa reca la previsione dell'offerta di posti letto di residenzialità sanitaria extraospedaliera per anziani ed altri non autosufficienti. Nella tabella vengono evidenziati:
 - Colonne B e B1:** Posti letto preesistenti già attivi da riconversione ospedaliera (o comunque direttamente attivati dalle ULSS) con evidenziazione dei p.l. e da ex Ospedali Psichiatrici e ex Case di Salute
 - Colonna C:** Posti letto da riconversione ospedaliera (o comunque attivabili dalle ULSS) in relazione al programma ex. art. 20 della l. 67/88 (1^a fase) o comunque programmati nell'ambito dei locali Piani di zona
 - Colonna D:** Posti letto da riconversione ospedaliera (o comunque direttamente attivabili dalle ULSS) da considerarsi già programmati in relazione agli effetti della deliberazione n. 740/1999
 - Colonne E ed E1:** Posti letto preesistenti presso Case di Riposo con evidenziazione dei posti già riconosciuti come NRSA
 - Colonna F:** Posti letti già programmati in incremento presso Case di Riposo in relazione al programma ex. art. 20 della l. 67/88 (1^a fase)
 - Colonna G:** Totale dei posti letto già attivi e già con vincolo di programmazione
 - Colonne H ed I:** Fabbisogno al 2000 ed al 2002 di residenzialità sanitaria per anziani ed altri non autosufficienti nonché per disabili così come già riportato in Tabella 1.
 - Colonne L, M, N e O:** Numero dei posti letto al 2000 accreditabili in totale e per ciascun livello di intensità assistenziale. Per quanto riguarda la distribuzione per singolo livello di intensità di assistenza sanitaria si è

ipotizzata, all'interno del fabbisogno totale e relativamente agli anziani ed altri non autosufficienti, la seguente distribuzione:

	2000	2002
RSA e NRSA (Intensità media)	25%	27%
NRSAir (Intensità ridotta)	50%	53%
RAss (Intensità minima)	25%	20%
TOTALE	100%	100%

con la precisazione che i posti letto nelle RSA da riconversione ospedaliera o comunque attivabili su specifiche indicazioni dei Piani di Zona direttamente dalle ULSS sono previsti tutti ad intensità media

Colonna P: Evidenziazione al 2000 del bilancio di posti letto nelle varie ULSS (eccedenza/carenza tra posti letto esistenti + già programmati e posti letto accreditabili) al netto dei valori di cui alla colonna B1

Colonne Q, R, S e T: Numero dei posti letto al 2002 accreditabili in totale e per ciascun livello di intensità assistenziale.

Colonna U: Evidenziazione al 2002 del bilancio di posti letto nelle varie ULSS (eccedenza/carenza tra posti letto esistenti + già programmati e posti letto accreditabili) al netto dei valori di cui alla colonna B1.

Va precisato che l'assistenza residenziale di carattere estensivo presso strutture ad intensità media e ridotta è in ogni caso caratterizzata dalla definizione non solo del progetto riabilitativo di struttura, ma anche di un progetto terapeutico riabilitativo individuale collegato al profilo di fabbisogno assistenziale emergente dalla valutazione multidimensionale (SVAMA). La ospitalità nelle strutture ad intensità minima (Residenze Assistite) è caratterizzata dalla definizione del solo progetto riabilitativo di struttura.

1.3.2. Per quanto riguarda la **Tabella 3**, essa reca la previsione dell'offerta di posti letto di residenzialità sanitaria extraospedaliera per disabili.

Si premette che il fabbisogno appresso evidenziato si riferisce specificamente a quello relativo alla residenzialità estensiva con interventi a intensità media corrispondente quindi al profilo delle R.S.A. Ulteriori forme di residenzialità per disabili, con eventuali oneri parziali a carico del F.S.R., sono affidati alla programmazione locale attraverso i Piani di Zona con la indicazione che esse comunque dovranno adeguarsi alle disposizioni che verranno assunte per disciplinare l'integrazione socio sanitaria, ai sensi del D.L.vo n. 502/92 così come modificato dal D.L.vo n. 229/99 (art. 3 - septies).

Nella Tabella 3 vengono evidenziati:

Colonna B: Posti letto preesistenti già attivi da riconversione ospedaliera

Colonna C: Posti letti già programmati in incremento in relazione al programma ex art. 20 della l. 67/88 (1^a fase)

Colonna D: Totale dei posti letto già attivi e già con vincolo di programmazione

Colonna E: Fabbisogno al 2000 di residenzialità sanitaria per disabili così come già riportato in Tabella 1

Colonna F: Numero dei posti letto al 2000 accreditabili (previsti tutti al livello di intensità assistenziale media) nelle singole ULSS calcolato in misura pari al fabbisogno

Colonna G: Evidenziazione al 2000 del bilancio di posti letto nelle varie ULSS (eccedenza/carenza tra posti letto esistenti + già programmati e posti letto accreditabili)

Colonna H: Fabbisogno al 2002 di residenzialità sanitaria per disabili così come già riportato in Tabella 1

Colonna I: Numero dei posti letto al 2002 accreditabili (tutti al livello di intensità assistenziale media) nelle singole ULSS calcolato in misura pari al fabbisogno

Colonna L: Evidenziazione al 2002 del bilancio di posti letto nelle varie ULSS (eccedenza/carenza tra posti letto esistenti + già programmati e posti letto accreditabili).

1.3.3 Direttive programmatiche e di governo per l'utilizzo delle Tabelle 2 e 3

1. La Giunta Regionale, con propria deliberazione, approva a partire dal 2000, ai sensi della L. 662/96, un piano annuale che fissi per le singole ULSS i volumi quali/quantitativi di attività e i tetti di spesa assumendoli entro il limite massimo costituito dal fabbisogno (colonne M, N, O, P della Tabella 1 e relative stime derivate per l'anno intermedio 2001) da intendersi come numero di trattamenti annui equivalenti (es. 100 ricoveri della durata di 1 anno sono equivalenti a 200 ricoveri della durata di 6 mesi o a 400 della durata di 3 mesi).

L'ammissione ai trattamenti di residenzialità è disposta dal Distretto Socio Sanitario di residenza a seguito della valutazione effettuata dalla UOD in applicazione della SVAMA (D.G.R. n. 3979/99) e secondo Regolamento di cui a D.G.R. n. 561/98.

La procedura di ammissione comporta in caso di esito favorevole la emissione di una impegnativa di prestazione assistenziale residenziale con l'indicazione di una durata massima rivedibile e rinnovabile. Detta impegnativa potrà essere utilizzata dall'interessato per l'ammissione alla struttura residenziale di sua scelta. La emissione di impegnative di prestazione assistenziale residenziale oltre i volumi di attività e i tetti di spesa previsti per le singole ULSS è subordinata alla approvazione da parte della Regione di un piano integrativo di trattamenti annui equivalenti, su richiesta della stessa ULSS.

A livello di ciascun Distretto Socio Sanitario (DSS) viene costituito e costantemente aggiornato un Registro dei pazienti richiedenti e ammessi a trattamenti di residenzialità, con l'indicazione della

struttura accogliente, comprensivo dei pazienti ammessi precedentemente alla emanazione della presente direttiva.

Dopo il primo anno di applicazione della presente direttiva, sarà operata una valutazione dell'impatto sul sistema dell'introduzione del principio della libera scelta, anche in riferimento a quanto previsto dal successivo punto 3.

2. In generale, per ciò che concerne i requisiti minimi per l'autorizzazione ed il successivo accreditamento delle strutture impegnate nei vari livelli di residenzialità sanitaria, la Giunta Regionale provvederà a definire specifici criteri e procedure tenendo conto del combinato disposto del D.P.R. 14 gennaio 1997 (S.O. n. 37 - G.U. n. 42 del 20/2/97) e della D.G.R. 10 maggio 1994 n. 2034 (BURV n. 55 del 5/7/94), nonché, per quanto immediatamente applicabili, delle nuove norme introdotte dal D.L.vo n. 502/92 così come modificato dal D.L.vo n. 229/99.
 3. Nella fase transitoria, comunque, in attesa della definitiva approvazione delle norme sull'accreditamento di cui al P.D.L. n. 439, le nuove autorizzazioni/attivazioni, determinate con successivo apposito atto deliberativo della Giunta regionale, sono possibili solo nelle ULSS carenti. Nelle ULSS con eccedenza, salvo deroga disposta dalla Giunta regionale, non sono consentite nuove autorizzazioni ed attivazioni, fatte salve le compensazioni derivate dai posti letto degli Istituti Religiosi riservati a religiosi, che saranno concordate sulla base delle esigenze attuali tra la Giunta Regionale, l'U.L.S.S. e l'Istituto. In tali U.L.S.S. considerato il Piano di Zona e sentita la Conferenza dei Sindaci, dovrà comunque essere definito un programma di progressiva riduzione dei posti letto, da approvarsi dalla Giunta Regionale, secondo le seguenti modalità:
 - a) individuazione da parte dell'ULSS competente dei posti letto non a standard sia in Casa di Riposo che in RSA, considerando tuttavia quanto indicato nella D.G.R. n. 1663 del 13.5.1998 riguardo al termine entro il quale i soggetti interessati con servizi non rientranti nello standard debbono ricondursi alla norma;
 - b) accoglimento della mobilità volontaria tenuto conto del criterio dell'effettiva appartenenza territoriale degli utenti ed in riferimento alla previsione di cui all'articolo 102 della L.R. 28.1.2000, n. 5 (finanziaria regionale 2000);
 - c) limitazione dei nuovi accoglimenti alle sole strutture a standard;
 - d) programma, definito dalla ULSS sentite le strutture interessate, tenendo inoltre presente i seguenti fattori:
 - l'assorbimento di una quota di accreditabilità di posti letto da parte delle Grandi Strutture (vedi successivo punto 1.3.4),
 - eventuali accordi con altre ULSS per l'attribuzione di quote di accreditabilità di posti letto;
 - rilevanza della utenza extra aziendale nella saturazione dei posti letto nel proprio territorio.
- Il programma di adeguamento, in conformità ai criteri e alle priorità di cui al dispositivo deliberativo del presente atto, avverrà in modo progressivo nell'arco di 3 anni a partire dalla data di approvazione della presente deliberazione. In fase transitoria l'impegnativa di

prestazione assistenziale residenziale, di cui al precedente punto 1, potrà essere utilizzata anche nelle strutture non rientranti nello standard, secondo quanto previsto alla lettera a), fatta comunque salva la rispondenza della singola struttura alle norme igienico-sanitarie, nonché di sicurezza degli impianti.

e) il suddetto programma operativo è sottoposto al visto di congruità regionale, ai sensi dell'art. 6 L.R. n. 56/94, per la verifica della sua coerenza alla programmazione regionale.

Il numero totale dei posti letto accreditabili nelle singole ULSS - e poi ridistribuito nei singoli livelli di intensità - consentirà comunque disponibilità di un adeguato numero di posti letto non occupati per consentire un effettivo esercizio della libera scelta da parte degli utenti -, in relazione al fatto che si registrerà comunque nel periodo di riferimento un surplus di posti letto per la non coincidenza del processo di adeguamento delle ULSS carenti rispetto allo standard e di quello di rientro delle ULSS sovra standard necessariamente più lento (almeno triennale).

4. Il procedimento per nuove autorizzazioni, in attesa della applicazione della L.R. applicativa del D.Lgs 112/98 (P.D.L. n. 462) e della L.R. su Autorizzazione ed accreditamento (P.D.L. n. 439) sarà in via transitoria, definito con apposito atto deliberativo della Giunta Regionale in conformità alla previsione normativa di cui al D.L.vo n. 502/92 così come modificato con D.L.vo n. 229/99 in materia di autorizzazione ed accreditamento.
5. Le dimensioni ottimali per le strutture a media e ridotta intensità sono individuate in 90-180 posti letto, mentre per le strutture ad intensità minima (residenze assistite) sono individuate in 30-90 posti letto.

Per quanto riguarda in particolare l'attivazione di Nuclei di RSA nelle Case di Riposo, e negli Istituti residenziali per persone disabili (ad intensità media), essa è ritenuta possibile solo in strutture con capacità ricettiva complessiva pari o superiore a n. 90 posti letto, costituendo essi il modulo funzionale di riferimento per la razionale soluzione della varie situazioni, nuove ed esistenti.

Va ricordato che in coerenza con tale impostazione, al fine di fronteggiare urgenti situazioni assistenziali, la Giunta Regionale con deliberazioni n. 2939 del 4 agosto 1998, n. 3134 del 1 settembre 1998 e n. 1046 del 13 aprile 1999 ha individuato ed autorizzato nel territorio regionale, nuclei di maggiore assistenza di rilievo sanitario presso la Case di Riposo per anziani e altri non autosufficienti, nella percentuale di circa il 25% degli ospiti di strutture residenziali con un numero di posti letto maggiore di 90, dove è realistico pensare si sia stratificata nel tempo una popolazione di persone anziane non autosufficienti con forte domanda di assistenza sanitaria di media intensità, quantificabile in 24 persone anziane ogni 90 posti letto. Tale impostazione ha tenuto conto della considerazione che solo in strutture con capacità ricettiva complessiva superiore o pari a 90 posti letto potesse funzionalmente costituirsi un modulo assistenziale in grado di assicurare una intensità assistenziale media in condizione di adeguata qualità e di contenimento dei costi. Tali posti, fatto salvo

l'esito delle procedure di verifica, sono da considerarsi già autorizzati come NRSA (Tabella 2 - E1).

6. Per quanto riguarda l'attivazione delle forme di residenzialità ad intensità ridotta (NRSAir), essa sarà perseguita attraverso l'attivazione di nuclei all'interno della dotazione di posti letto delle Case di Riposo per anziani e altri non autosufficienti, secondo un processo di graduale adeguamento degli attuali standard a quelli che saranno previsti per tale livello.
7. Per quanto riguarda le modalità di erogazione alle strutture interessate delle quote sanitarie e di rilievo sanitario si rinvia a quanto la giunta Regionale ha stabilito con D.G.R. n. 4519 del 14.12.1999 "Razionalizzazione delle procedure di finanziamento delle attività sanitarie residenziali extraospedaliere", che ha individuato nelle Aziende ULSS le strutture titolari delle erogazioni delle prestazioni e di pagamento di tali attività.
La direzione strategica aziendale dovrà prevedere specifiche iniziative a fini di consolidamento e governo dello specifico settore di assistenza nel complessivo sistema territoriale, con particolare riferimento alla verifica dell'andamento erogativo, anche in riferimento alle attività di controllo di gestione e di relazioni con il pubblico.
8. I rapporti tra Case di Riposo per non autosufficienti e Aziende U.L.S.S. sono regolati da apposite convenzioni sulla base di uno schema tipo regionale, che disciplina anche la fattispecie di eventuali servizi assistenziali direttamente assicurati dal personale dell'U.L.S.S..
9. L'autorizzazione per attività diurne e semiresidenziali attivate presso le strutture residenziali per persone anziane, gli altri non autosufficienti ed i disabili si intende assorbita dalla autorizzazione per residenzialità, mentre per quelle che trovano autonoma localizzazione e gestione organizzativa e finanziaria si provvederà con specifica deliberazione della Giunta Regionale. L'attivazione di entrambe le fattispecie è possibile, però solo in base a piani preventivi annuali proposti dalle Aziende ULSS e approvati dalla Giunta regionale ai sensi della L. 662/96, nel limite massimo del 5% del fabbisogno di posti letto di residenzialità estensiva.

1.3.4 Definizione di un progetto «Grandi Strutture»

La realtà veneta è contrassegnata dalla presenza di alcune Istituzioni di grandi dimensioni (ad es. C. Gris di Mogliano V.to, Istituti Polesani di Ficarolo, Istituto Divina Provvidenza di Sarmedola di Rubano, e, tenuto conto dell'art. 71 della legge n. 448/98, l'I.R.E. di Venezia), le quali, pur essendo classificate nell'ambito delle strutture residenziali di tipo estensivo, svolgono quote significative di assistenza intensiva prolungata nel tempo oltre il normale periodo di 120 giorni e nei confronti di ospiti particolarmente impegnativi provenienti da varie Aziende ULSS della Regione Veneto o di altre Regioni che altrimenti non sarebbero in grado di dare risposte assistenziali adeguate.

In queste Istituzioni é in corso di definizione la quota parte di posti letto di assistenza intensiva prolungata in tendenziale decremento, in ogni caso, quanto a costi sanitari e di rilievo sanitario, con oneri diretti a carico delle Aziende ULSS intra ed extraregionali invianti i propri assistiti, dato atto dell'assenza o insufficienza di alternative appropriate ed efficaci a livello locale.

Quanto alla quota alberghiera componente la diaria (escluso che essa debba essere richiesta nel corso di completamento dei cicli riabilitativi e/o assistenziali, di norma contenuti in 120 gg., in quanto la residenzialità può oggettivamente considerarsi funzionale al trattamento instaurato), i costi relativi sono sopportati direttamente dall'ospite interessato, (oppure dal Comune di iscrizione anagrafica, secondo la vigente legislazione), in analogia a quanto avviene per la generalità delle Istituzioni operanti in area della residenzialità con assistenza estensiva.

La Giunta Regionale definisce specifici meccanismi in grado di incentivare forme di delocalizzazione delle attività di detti istituti in accordo con la programmazione locale interessata.

- 1.3.5. Andranno definiti e standardizzati, con apposite linee guida regionali, gli approcci assistenziali ai pazienti in coma apallico e ai pazienti affetti da Malattia di Alzheimer o altra demenza, prevedendo inoltre l'eventuale ricorso anche a posti letto di residenzialità intensiva.

2. AREA DELLA RESIDENZIALITA' CON ASSISTENZA INTENSIVA

Nell'area della residenzialità con assistenza intensiva sono ricomprese in senso lato le attività dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o di durata dell'intervento (orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, intese come quelle erogate direttamente dal personale tecnico sanitario della riabilitazione, quale, ad esempio, il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, l'educatore professionale e l'infermiere in quegli atti finalizzati al miglioramento di autonomia nelle attività della vita quotidiana). Il progetto riabilitativo e/o assistenziale definiscono i tempi di completamento dei cicli riabilitativi e/o assistenziali, di norma contenuti in 120 giorni.

In particolare, oggetto della programmazione proposta in questa sede saranno:

- 1 – le strutture dedicate alla riabilitazione intensiva extra ospedaliera (per età evolutiva e per adulti)
- 2 – gli Hospice per malati terminali
- 3 – le Comunità Terapeutiche Residenziali Protette per pazienti psichiatrici.

L'inserimento in quest'area degli Hospice - che in senso stretto non possono essere definibili come strutture deputate al recupero di disabilità (a meno di non conferire in questo caso al termine di recupero di disabilità quello di ripristino di condizioni di non sofferenza acuta e alleviamento del dolore in prossimità dell'evento morte) - trova giustificazione nel fatto che in ogni caso rappresentano, nell'ambito del complesso degli interventi e strutture impegnate nel trattamento dei malati terminali, i presidi

specificamente dedicati alla quota di tali pazienti abbisognavole di trattamenti intensivi.

In questa sede si affronta la programmazione dei presidi extraospedalieri, mentre la programmazione dei presidi riabilitativi intraospedalieri è affrontata dal provvedimento di ridefinizione delle rete ospedaliera (D.G.R. n. 740/99). La unitarietà del processo assistenziale riabilitativo è garantita globalmente attraverso la definizione dell'Atto di indirizzo e coordinamento assunto dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 4795/99, di recepimento delle Linee guida nazionali per le attività di riabilitazione.

2.1. I Presidi di riabilitazione intensiva extraospedaliera

Va ricordato come le Linee guida nazionali per le attività di riabilitazione prevedono che gli interventi di riabilitazione intensiva sono erogati presso:

- 1) presidi ospedalieri -plurispecialistici e monospecialistici- ove siano già presenti funzioni di ricovero e cura ad alta intensità diagnostica ed assistenziale, o nei quali sia costituita una specifica unità operativa in grado di garantire la presa in carico multicomprendiva di individui di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità recuperabili il cui trattamento è indifferibile. Tali soggetti richiedono una tutela medica specialistica riabilitativa ed interventi di nursing ad elevata specificità articolati nell'arco delle intere 24 ore o nelle ore diurne, non erogabili in forma extraospedaliera, nonché interventi valutativi e terapeutici intensivi (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero).

Le attività di riabilitazione ospedaliera sono prevalentemente effettuate nelle unità operative di: Recupero e Riabilitazione funzionale e di alta specialità in particolare neuroriabilitativa. In particolare, tali presidi svolgono attività in regime di ricovero ordinario o in regime di Day Hospital.

- 2) presidi di riabilitazione extraospedalieri a ciclo diurno e/o continuativo, in possesso dei requisiti di cui al D.P.R. 14.1.97, destinati alla presa in carico multicomprendiva di individui di tutte le età per il recupero funzionale di menomazioni e disabilità che richiedono interventi riabilitativi indifferibili, di tipo valutativo e terapeutico intensivo (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero), di tutela medica e di nursing dedicato, realizzabili in ambiente non ospedaliero, articolati nell'arco delle ore diurne della giornata o delle 24 ore (continuativo), in base al grado di non autosufficienza e di necessità di interventi assistenziali di base degli utenti.

I presidi extraospedalieri erogano interventi di riabilitazione intensiva finalizzati a:

- a) completamento del percorso riabilitativo avviato, in fase acuta, in sede ospedaliera,
- b) inquadramento diagnostico e diagnostico funzionale, nonché alla conseguente definizione del piano integrato di trattamento individuale per soggetti affetti da disabilità congenite e comunque non conseguenti ad eventi patologici acuti.

I presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo possono svolgere anche funzioni di tipo estensivo per il completamento del processo di recupero. In armonia con la programmazione nazionale e regionale, i presidi extraospedalieri possono specializzarsi anche solo per

una tipologia di intensità di cura e/o più discipline e/o per una fascia d'età (evolutiva, adulta, senile), compreso il trattamento di patologie di competenza riabilitativa multidisciplinare e di rilevanza sociale (es. disturbi del comportamento alimentare, esotossicosi alcolica, ecc.).

I servizi che svolgono attività di riabilitazione intensiva hanno come elemento caratterizzante e/o «risorsa guida» la dotazione di personale con specifica professionalità ed una propria assegnazione ed articolazione degli spazi, rapportata alle finalità proprie e della organizzazione del lavoro, tale da essere funzionale alla realizzazione del progetto riabilitativo dei singoli utenti mediante l'associazione di un «progetto riabilitativo di struttura» con i «progetti riabilitativi individuali».

Il fabbisogno stimato di p.l. di questo tipo di residenzialità assomma come esposto:

per età evolutiva 0,06 / 1000 ab. = 270 p.l.

per età adulta 0,10 / 1000 ab. = 450 p.l.

2.2. **Gli HOSPICE per malati terminali**

I malati terminali sono coloro per i quali non sono più disponibili cure specifiche volte a guarire o a prolungare la sopravvivenza, che hanno una prognosi infausta a breve scadenza, e sono portatori di una complessa sofferenza, definita «dolore totale», caratterizzata dalla difficoltà a soddisfare i bisogni primari e dal deteriorarsi dell'identità corporea, dell'equilibrio psicofisico, del ruolo sociale e dello status economico.

Nella Regione Veneto muoiono ogni anno per patologia neoplastica circa 13.000 persone. In base ai dati della letteratura e dell'esperienza si può calcolare che il 70% circa dei pazienti che muoiono per neoplasia abbia una fase terminale, con l'esclusione cioè delle patologie neoplastiche ad andamento acuto (leucemie, linfomi ad alto grado ecc.) e delle complicanze/emergenze mortali. La durata media della fase terminale, pur diversa nelle varie esperienze, può essere stimata in due mesi circa.

Una stima ragionevole indica:

- N. di decessi per tumore nel Veneto = 13.000/anno
- Incidenza pazienti con necessità di cure palliative (~ 70%) = 9.100/anno
- Durata media della fase terminale = 60 giorni
- Prevalenza pazienti in fase terminale $(9.100 \times 60 : 365) = 1.495/\text{giorno}$
pari a 34 pazienti/100.000 abitanti/giorno

Le Cure Palliative si concretizzano in:

- 1) contenimento / risoluzione del dolore
- 2) contenimento / risoluzione del disagio provocato da altri sintomi
- 3) tutela dei componenti deboli del nucleo familiare lungo il decorso della malattia e al decesso, tutela sociale del malato e dei suoi familiari
- 4) garanzia del sostegno a chi assiste (caregivers)
- 5) riduzione del numero e durata dei ricoveri impropri in reparti per acuti.

Nel 70 - 80% dei malati terminali suscettibili di cure palliative, è sufficiente e adeguata un'assistenza domiciliare. Nei rimanenti, può essere necessario un ricovero definitivo o temporaneo per le seguenti condizioni:

- a. acuzie della patologia, emergenze sanitarie, necessità di interventi di particolare impegno tecnico;
- b. rifiuto da parte del malato o dei familiari dell'assistenza domiciliare;
- c. inadeguatezza o assenza del nucleo familiare;
- d. inadeguatezza del domicilio (logistica o assistenziale).

In una quota di malati terminali suscettibili di cure palliative, pari a circa il 30%, risultano necessari ricoveri temporanei o definitivi in strutture protette per un totale circa di 2.730/anno, con una prevalenza (2.730x60:365) di 448/giorno, con un pari fabbisogno di posti - letto in hospice nel Veneto (= 10 : 100.000 abitanti).

Tale stima corrisponde alle esperienze in atto ed a quanto previsto dalla Società Italiana di Cure Palliative (0.1 posti-letto per 1.000 abitanti). Dati più recenti indicano un rapporto di 0.05 posti-letto per 1.000 abitanti con una rete funzionante di assistenza domiciliare efficace.

La funzione di hospice può essere garantita attraverso:

- a. **Hospice extra-ospedaliero**, funzionalmente autonomo e fisicamente separato dalla struttura ospedaliera. Il tratto peculiare è costituito dalle piccole dimensioni (modulo di 10-20 posti letto), dal basso contenuto tecnologico e sanitario e dall'elevato contenuto umano con interventi di sostegno psicologico, relazionale e spirituale. Tali strutture dovranno di norma essere allocate all'interno di più complessive ed ampie strutture residenziali.
- b. **Hospice intra-ospedaliero** (hospital hospice), collocato all'interno di una struttura ospedaliera e dotato di autonomia funzionale. Questo modello realizza una sintesi che consente la coesistenza di una assistenza sanitaria avanzata, specializzata nel trattamento dei sintomi che accompagnano la fase terminale di malattia, con un approccio alla sofferenza globale del paziente ricco di contenuti umani. L'Hospice intra-ospedaliero può essere eventualmente suddiviso in:
 - sezioni a degenza breve, a maggior contenuto sanitario, prevalentemente a supporto dell'assistenza domiciliare o dell'hospice extraospedaliero);
 - sezioni a degenza media/lunga con caratteristiche più tipiche all'hospice vero e proprio.

Secondo la Società Italiana di Cure Palliative i requisiti minimi degli hospice intra o extraospedalieri, elaborati in base alle esperienze nazionali ed internazionali, si possono dividere in:

- a) requisiti minimi strutturali: l'hospice deve consentire privacy (camere prevalentemente singole), distrazione (sale comuni per pranzo, musica, ecc.) e possibilità di accogliere un parente (poltrona-letto in camera, cucinetta comune).
- b) requisiti minimi di personale: necessità di personale medico e infermieristico che abbia avuto una formazione ed esperienza nel campo specifico. La collaborazione di uno psicologo (anch'esso con esperienza

nel trattamento del malato terminale), di un fisioterapista, di un assistente spirituale. Il rapporto tra operatori e pazienti dovrà essere il seguente:

- 1 - Rapporto infermiere professionale/paziente 0.8: 1
- 2 - Rapporto operatore tecnico d'assistenza/paziente 0.5: 1
- 3 - Medico: una unità a tempo pieno (38 ore/settimana = 1.672 ore/anno)
una unità a tempo parziale (28 ore/settimana = 1.232 ore/anno) per
l'assistenza diurna in una struttura di 16 posti letto.

E' inoltre necessaria la reperibilità medica notturna e festiva.

Nella presente programmazione si farà riferimento agli Hospice extraospedalieri, per i quali si assumerà un indice di fabbisogno pari a 0.05 posti letto per mille abitanti, da integrarsi con la rete degli Hospice intraospedalieri fino alla copertura di 0.08 posti letto per mille abitanti. Il che comporta la programmazione di 225 posti di hospice extraospedalieri, da integrarsi con 135 posti di letto di Hospice intraospedalieri da realizzarsi nell'ambito del 1 per mille dei posti letto ospedalieri di post-acuzie.

Lo sviluppo della programmazione sopra delineata dovrà avvenire in conformità alle previsioni normative di cui al D.L. n. 450/98, convertito dalla L. n. 39/99.

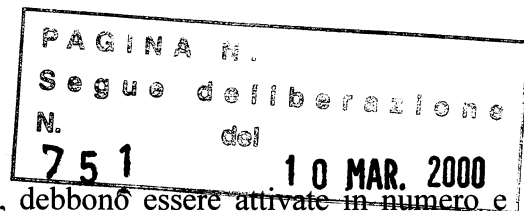
Nelle singole Aziende U.L.S.S. l'attivazione dei moduli di Hospice è subordinata al raggiungimento di almeno il 50% della copertura del locale fabbisogno di assistenza domiciliare integrata dedicata ai malati terminali, sulla base di un fabbisogno determinato per l'intera Regione in 7000 pazienti/anno.

2.3. **Le Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (CTRP) in ambito psichiatrico**

Nella organizzazione dell'assistenza psichiatrica nel Veneto le strutture residenziali psichiatriche individuate dalla normativa vigente sono le seguenti: Comunità Residenziali Terapeutiche Protette (CTRP) attive e di mantenimento ad estinzione, nonché le Comunità Alloggio (CA). Entrambe le tipologie di CTRP sono sanitarie; le CA sono invece di tipo socio sanitario.

Le strutture residenziali accolgono pazienti con diagnosi psichiatrica con necessità di intervento terapeutico-riabilitativo prolungato ed in regime di residenzialità extra-ospedaliera. I pazienti vengono inseriti in tali strutture per ragioni cliniche e con un programma terapeutico-riabilitativo personalizzato, documentato, riscontrabile e periodicamente verificato dall'equipe che ha in carico il paziente. I pazienti inseriti debbono essere necessariamente affetti principalmente e continuativamente da patologia di pertinenza psichiatrica.

Il DSM per i casi, per i quali non sussiste di norma alcuna prevalente competenza psichiatrica (ad es. disabili, anziani, tossicodipendenti, ecc.) e siano assistiti da altri servizi sociali e sanitari in regime di residenzialità, garantisce l'apporto di consulenza e non di presa in carico.



Le strutture residenziali (CA e CTRP), debbono essere attivate in numero e tipologia rapportate ai bisogni accertati nella popolazione assistibile, come indicato dalla legislazione in vigore ed evidenziato dal sistema informativo regionale per i DSM, garantendo priorità ai servizi direttamente gestiti, alle organizzazioni non lucrative di utilità sociale e al privato imprenditoriale.

In questa sede ci si limiterà alla programmazione delle CTRP in quanto l'attivazione delle CA è strettamente legata alla programmazione locale in particolare quella dei Piani di Zona e risponde a modelli realizzativi cui va riconosciuta una ampia flessibilità e che pertanto non appaiono, almeno in questa fase, riconducibili ad indici di fabbisogno omogeneamente applicabili sul territorio regionale.

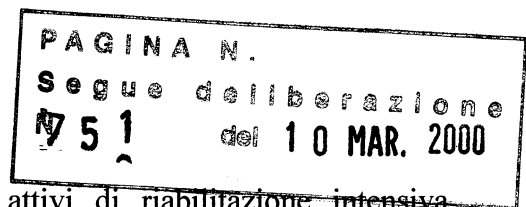
Le Comunità Terapeutiche Residenziali Protette (CTRP) sono state distinte in CTRP di Mantenimento (ad estinzione) ed in CTRP Attive. Le prime perseguono esclusivamente la cura di pazienti provenienti dalla chiusura degli ospedali psichiatrici, senza ulteriori ammissioni, e possono accogliere al massimo venti ospiti; le seconde sono destinate unicamente ai nuovi casi di menomazioni e disabilità conseguenti o correlate alla malattia mentale, provenienti dal territorio di afferenza dell'equipe e di norma ospitano dodici utenti. Anche in quest'ultimo tipo di CTRP i posti sono elevabili sino a venti in presenza di motivate e documentate necessità locali, da confermarsi in tal caso obbligatoriamente di anno in anno. In entrambi i casi le CTRP possono essere anche miste. In esse l'azione sanitaria e riabilitativa sono intense e preponderanti e la presenza di personale è garantita 24/24 ore die per tutti i giorni della settimana. Saranno inseribili in queste CTRP pazienti in trattamento prolungato per i quali è necessario un progetto terapeutico riabilitativo e residenziale personalizzato, da verificare periodicamente.

Per quanto riguarda le CTRP di mantenimento ad estinzione, attualmente in numero di 27, ospitanti 422 pazienti circa, ubicate esclusivamente nelle Aziende ULSS sedi di ex Ospedali psichiatrici, si deve prevedere per un verso nessun ulteriore accoglimento in modo tassativo; per altro verso, entro il 31.12.2000 questa particolare tipologia di struttura dovrà essere definitivamente e del tutto assimilata alle CTRP attive.

Per quanto riguarda le CTRP attive, si fa espresso rinvio alla D.G.R. n. 25/CR/1999 di aggiornamento del P.O. tutela della salute mentale, ai sensi dell'art. 18, L.R. n. 5/96 PSSR 1996-1998, con un fabbisogno medio stimato pari a 0,16 PL/1000 abitanti (720 p.l.).

- 2.4. Lo sviluppo del modello sopra delineato ha portato alla definizione della **Tabella 4** nelle quale è delineata la programmazione delle residenzialità sanitarie con assistenza intensiva sino al 2002.

La Tabella 4 reca, in particolare, la previsione dell'offerta di posti letto di residenzialità sanitaria intensiva extraospedaliera relativamente alla riabilitazione intensiva, alle Comunità terapeutiche residenziali protette in ambito psichiatrico e agli Hospice per malati terminali. Nella tabella vengono evidenziati:



- Colonna D:** Posti letto preesistenti già attivi di riabilitazione intensiva extraospedaliera per l'età evolutiva
- Colonna E:** Posti letto preesistenti già attivi di riabilitazione intensiva extraospedaliera per l'età adulta. In questa colonna sono già inseriti i posti letto di riabilitazione intensiva attribuibili all'Istituto Gris. In essa saranno ricompresi i posti letto attribuibili alle altre «Grandi Strutture»
- Colonna F:** Fabbisogno al 2000 di posti letto di riabilitazione intensiva extraospedaliera per l'età evolutiva (0,06 pl / 1000 ab.)
- Colonna G:** Fabbisogno al 2002 di posti letto di riabilitazione intensiva extraospedaliera per l'età evolutiva (0,06 pl / 1000 ab.)
- Colonna H:** Fabbisogno al 2000 di posti letto di riabilitazione intensiva extraospedaliera per l'età adulta (0,1 pl / 1000 ab.)
- Colonna I:** Fabbisogno al 2002 di posti letto di riabilitazione intensiva extraospedaliera per l'età adulta (0,1 pl / 1000 ab.)
- Colonna L:** Posti letto di CTRP psichiatriche già in funzione al 2000
- Colonna M:** Fabbisogno di posti letto di CTRP psichiatriche attive al 2000 (0,16/1000 ab.)
- Colonna N:** Fabbisogno di posti letto di CTRP psichiatriche attive al 2002 (0,16/1000 ab.)
- Colonna O:** Posti letto di Hospice già in funzione al 2000
- Colonna P:** Fabbisogno di posti letto di Hospice al 2000 (0,05/1000 ab.)
- Colonna Q:** Fabbisogno di posti letto di Hospice al 2002 (0,05/1000 ab.)
- Colonna R:** Totale del fabbisogno di residenzialità intensiva extraospedaliera al 2000
- Colonna S:** Totale del fabbisogno di residenzialità intensiva extraospedaliera al 2002.

Si precisa che il fabbisogno di cui alle colonne L e N della Tabella 4 è da intendersi al netto dei posti letto di CTRP da riconversione di case di cura ai sensi della D.G.R. n. 740/99. Tali posti letto, salvo quanto eventualmente concordato in sede di singola Azienda U.L.S.S., sono accreditabili per una quota tendenzialmente pari al 50% per attività di assistenza psichiatrica coordinate con il Dipartimento di Salute Mentale e per la rimanente quota per attività assistenziale riferita a patologie emergenti di rilevanza sociale.

2.4.1. Direttive programmatiche e di governo per l'utilizzo della Tabella 4

1. La Giunta Regionale approva ai sensi della L. 662/96 i piani di attività ed i volumi di spesa assumendo entro il limite massimo costituito dal fabbisogno (colonne F,G, H, I, M, N, P,Q della Tabella 4 e relative stime derivate per gli anni intermedi 2000, 2001) da intendersi come numero di trattamenti annui equivalenti (es. 100 ricoveri della durata di 1 anno sono equivalenti a 200 ricoveri della durata di 6 mesi o a 400 della durata di 3 mesi).
2. In generale, per ciò che concerne i requisiti minimi per l'autorizzazione ed il successivo accreditamento delle strutture impegnate nei vari livelli di residenzialità sanitaria, la Giunta Regionale provvederà a definire specifici criteri e procedure tenendo conto del disposto del D.P.R. 14 gennaio 1997 (S.O. n. 37 - G.U. n. 42 del 20/2/97), nonché, per quanto immediatamente applicabile, delle norme

introdotte dal D.L.vo n. 502/92 così come modificato dal D.L.vo n. 229/99.

3. Le nuove autorizzazioni/attivazioni entro il limite del fabbisogno (colonne F,G, H, I, M, N, P,Q della Tabella 4) che costituiscono anche il limite di accreditabilità, sono possibili solo nelle ULSS carenti. Nelle ULSS con eccedenza di posti letto nuove autorizzazioni ed attivazioni sono possibili solo tramite sostituzione con progressiva riduzione fino al rientro nel limite di accreditabilità, salvo deroga concessa dalla Giunta Regionale.
4. Alle nuove autorizzazioni, in attesa della applicazione della L.R. applicativa del D.Lgs 112/98 e della L. R. su Autorizzazione ed accreditamento provvede la Giunta Regionale su domanda tramite la ULSS che esprime parere.
5. Alla gestione amministrativa provvedono le ULSS territorialmente competenti. La mobilità sanitaria interaziendale è oggetto di compensazione a livello regionale.
6. L'autorizzazione per attività diurne e semiresidenziali attivate presso le strutture residenziali intensive extraospedaliere si intende assorbita dalla autorizzazione per residenzialità, mentre per quelle che trovano autonoma localizzazione e gestione organizzativa e finanziaria si provvederà con specifica deliberazione. L'attivazione di entrambe le fattispecie è possibile, però solo in base a piani preventivi annuali proposti dalle Aziende ULSS e approvati dalla Giunta regionale ai sensi della L. 662/96.
7. Progetto «Grandi Strutture»
In argomento si richiama integralmente quanto esposto al precedente punto 1.3.4.

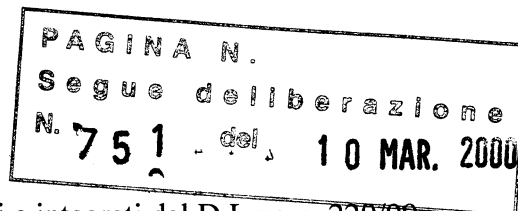
Si dà atto che la Quinta Commissione Consiliare, nella seduta del 19.01.2000, come da nota 27.01.2000, prot. generale 762, in atti d'ufficio, ha esaminato la D.G.R. n. 3/CR del 02.02.1999 e ha espresso parere favorevole a maggioranza, subordinatamente alle modifiche ed integrazioni, che sono state recepite e integrate nel presente provvedimento.

Si è dovuto altresì procedere a correzione di marginali errori materiali in Tabella 2, precisamente in colonna E (Azienda U.L.S.S. n. 6 Vicenza) e in colonna G (Azienda U.L.S.S. n. 12 Venezia).

L'Assessore alle Politiche Sanitarie, Iles Braghetto, di concerto con l'Assessore alle Politiche Sociali, Raffaele Zanon, conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il relatore Assessore alle Politiche Sanitarie, Iles Braghetto, di concerto con l'Assessore alle Politiche e Servizi Sociali, Raffaele Zanon, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33, 2° comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la legislazione regionale e statale;



- Visti i DD.LL.vi n. 502/92 e n. 517/93 come modificati e integrati dal D.L.vo n. 229/99.
- Viste le LL.RR. n. 55/94 e n. 56/94.
- Vista la L.R. n. 5/96 - P.S.S.R. 1996-1998, artt. 13, co 3 e 17.
- Visti il D.P.R. 14 gennaio 1997.
- Viste le DD.G.R. n. 740/99, n. 4519/99 e n. 4795/99.
- Viste le Tabelle allegate al presente provvedimento di cui costituiscono parte integrante.
- Visti gli atti richiamati da cui risulta che la Quinta Commissione Consiliare, nella seduta del 19.01.2000, ha espresso parere favorevole a maggioranza con richiesta di modifiche e integrazioni.

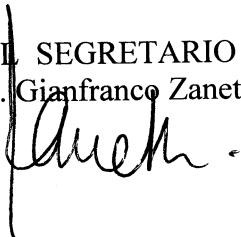
DELIBERA

1. di adottare il documento di direttive programmatiche e di governo in ordine alla dotazione e localizzazione di posti letto di residenzialità extraospedaliera comportanti assistenza sanitaria - medica, infermieristica e riabilitativa - e di rilievo sanitario, a carattere estensivo e intensivo, di cui alle Tabelle n. 1 - 2- 3- 4, allegate, parte integrante del presente provvedimento.
2. di stabilire che la programmazione regionale di cui alle Tabelle n. 2 - 3 e 4, che si approvano, espositive dell'esistente, delle realizzazioni in fieri nonché dell'accreditabilità dei posti letto di residenzialità extraospedaliera estensiva ed intensiva costituisce il documento iniziale di riferimento per i Direttori Generali delle Aziende U.L.S.S., perché questi, al livello aziendale, considerati i Piani di Zona e sentita la Conferenza dei Sindaci, propongano al parere di congruità della Giunta Regionale l'attivazione come conferma o ex novo, di posti letto di residenzialità extraospedaliera.
3. di stabilire che ai fini di quanto previsto al punto precedente, nella formulazione della proposta l'Azienda U.L.S.S attribuirà priorità al mantenimento o all'attivazione dei posti letto delle strutture in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi previsti dalla normativa vigente, con l'ulteriore criterio di priorità per le strutture realizzate con finanziamenti pubblici, in particolare ai sensi dell'articolo 20 della Legge 67/88, con contestuale dismissione di posti letto non rispondenti ai requisiti previsti, anche procedendo a forme di riconversione delle corrispondenti attività in Centri diurni, Comunità alloggio e partecipazione ai programmi di Assistenza Domiciliare Integrata.
4. di stabilire che i programmi regionali attuativi dell'articolo 20 della legge n. 67/88 relativamente alla II fase (secondo triennio e successivi) sono riadeguati escludendo la finanziabilità di interventi su strutture non compatibili con la presente programmazione, fermo restando quanto previsto dall'art. 83 della L.R. n. 3/98, e sulla base di criteri stabiliti dalla Giunta regionale, sentita la competente Commissione Consiliare.

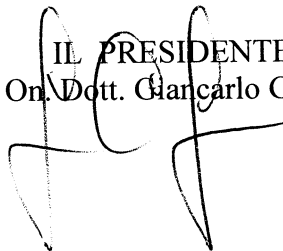
5. di disporre la pubblicazione integrale del presente provvedimento nel B.U.R.V. nei modi e termini di rito.

Sottoposto a votazione, il presente provvedimento risulta approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
Dott. Gianfranco Zanetti

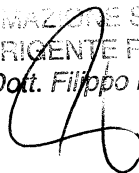


IL PRESIDENTE
On. Dott. Giancarlo Galan



VISTO: se ne propone l'adozione attestando la conformità agli atti, la regolarità formale e la compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.

DIREZIONE REGIONALE
PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dott. Filippo Palumbo



Filippo Palumbo\Giuseppe D'Errico\mv
(RSA 5ª COMMISSIONE)



Dr. Angelo Zambotto



SEGRETERIA REGIONALE
AL SETTORE SOCIO-SANITARIO
IL SEGRETARIO REGIONALE
(dr. Franco Toniolo)



TABELLA 1 - Dati di previsione sulla popolazione anziana e fabbisogno di posti letto per anziani non autosufficienti e disabili

ULSS	Anziani 1991			Anziani 1.1.1998 *			Anziani Stima 1.1.2002			Fabb. P.L. Anz. e non Autosuf. 2000		Fabb. Anz. e non Autosuf. 2002		Fabb. Disab. Previs. 2000		Fabb. Disab. 2002	
	65-74 aa.	> 75 aa.	Pop. Gen.	65-74 aa.	> 75 aa.	Pop. Gen.	65-74 aa.	> 75 aa.	Pop. Gen.	M	N	O	P	O	P	O	P
	B	C	D	E	F	G	H	I	L								
A																	
1 Belluno	13.201	11.089	131.875	14.173	12.115	130.940	14.821	12.799	130.317	717	726	66	65				
2 Feltrina	8.352	7.152	80.210	9.337	7.836	80.808	9.994	8.292	81.207	465	475	41	41				
Prov. BL	21.553	18.241	212.085	23.510	19.951	211.748	24.815	21.091	211.524	1.182	1.201	107	106				
3 Bassano del G.	12.423	9.766	156.561	14.600	10.979	161.932	16.051	11.621	165.513	665	688	82	83				
4 Thiene	13.705	10.684	164.046	16.218	12.032	169.354	17.893	12.931	172.893	736	766	86	86				
5 Arzignano	11.965	8.954	154.320	14.574	9.982	160.627	16.313	10.667	164.832	624	649	81	82				
6 Vicenza	21.688	17.186	273.030	26.345	19.324	283.151	29.450	20.749	289.898	1.166	1.237	143	145				
Prov. VI	59.781	46.590	747.957	71.737	52.217	775.064	79.707	55.968	793.736	3.211	3.340	392	396				
7 Pieve di Soligo	17.547	15.104	194.660	21.322	15.917	197.819	23.839	16.459	199.925	972	986	100	100				
8 Asolo	16.200	13.863	206.044	18.906	14.739	216.595	20.710	15.323	223.629	891	902	109	112				
9 Treviso	28.401	22.732	343.334	33.800	25.279	354.951	37.399	26.977	362.696	1.543	1.598	179	181				
Prov. TV	62.148	51.699	744.038	74.028	55.935	769.365	81.948	58.759	786.250	3.406	3.486	388	393				
10 San Donà di Piave	15.375	11.486	190.829	19.775	13.071	195.378	22.708	14.128	198.411	824	871	99	99				
11/12 Venezia	34.291	24.623	326.207	37.725	28.704	312.540	40.014	31.425	303.429	1.745	1.823	158	152				
13 Mirano	15.881	11.895	229.673	20.290	13.564	236.069	23.229	14.677	240.333	853	901	119	120				
14 Chioggia *	9.850	7.381	128.956	11.879	7.967	128.674	13.232	8.358	128.486	500	513	65	64				
Prov. VE	75.397	55.385	875.665	89.669	63.306	872.661	99.783	68.588	870.659	3.922	4.108	441	435				
15 Cittadella	14.615	12.022	202.655	18.323	13.199	214.616	20.795	13.984	222.590	814	844	108	111				
16 Padova	32.333	24.065	376.792	39.169	28.592	390.042	43.726	31.610	398.875	1.756	1.872	197	199				
17 Este	16.131	12.532	182.780	19.273	13.148	177.864	21.368	13.559	174.600	822	832	90	87				
Prov. PD	63.079	48.619	762.207	76.765	54.939	782.522	85.889	59.153	796.065	3.392	3.548	395	397				
18 Rovigo	18.126	13.680	174.688	20.858	14.940	171.708	22.679	15.780	169.721	922	944	87	85				
19 Adria	6.848	5.351	75.814	8.589	5.833	75.402	9.750	6.154	75.127	365	378	38	38				
Prov. RO	24.974	19.031	250.502	29.447	20.773	247.110	32.429	21.934	244.848	1.287	1.322	125	123				
20 Verona	37.506	28.596	406.019	42.752	32.515	411.620	46.249	35.128	415.354	1.977	2.054	208	208				
21 Legnago	14.096	11.365	161.164	16.967	12.338	162.601	18.881	12.987	163.559	759	779	82	82				
22 Bussolengo	17.156	13.797	221.160	21.097	15.464	236.465	23.724	16.575	246.668	949	990	119	123				
Prov. VR	68.758	53.758	788.343	80.816	60.317	810.686	88.854	64.690	825.591	3.685	3.823	409	413				
TOTALE	375.690	293.323	4.380.797	445.972	327.438	4.469.156	492.825	350.183	4.528.063	20.085	20.828	2.257	2.263				

* comprende 10 Comuni della Provincia di Padova

Note: I dati delle colonne B, C, D sono relativi al Censimento Generale della Popolazione, anno 1991. I dati delle colonne E, F, G sono di fonte: ISTAT - Movimento anagrafico della popolazione residente - Flusso POSAS, con la precisazione che per i Comuni di Buttapietra (ULSS 20), Montebelluna (ULSS 6) e Vittorio Veneto (ULSS 7) gli ultimi dati disponibili sono riferiti all'1.1.1997. I dati delle colonne H, I e L sono relativi alla stima della popolazione per l'anno 2002, ottenuta mediante procedura di estrapolazione. I dati della colonna M sono relativi al fabbisogno previsto per l'anno 2000 e sono stati ottenuti, previo adeguamento della stima della popolazione da 1.1.1998 a 1.1.2000, ipotizzando il fabbisogno di posti letto pari al 1% degli anziani con età compresa fra 65 e 74 anni e al 4% degli anziani ultrasessantacinquenni e aggiungendo il 10% del totale. I dati relativi alla colonna N si riferiscono al fabbisogno ipotizzato per l'anno 2002. I dati relativi alle colonne O e P si riferiscono al fabbisogno per disabili ipotizzato per gli anni 2000 e 2002 e sono stati ottenuti, calcolando un fabbisogno di posti letto pari allo 0,5 per mille della popolazione generale nei due anni considerati.

DIREZIONE REGIONALE
 PROGRAMMAZIONE SOCIO SANITARIA
 IL DIRIGENTE REGIONALE
Dot. Filippo Palmieri

751
 10 MAR. 2000

TABELLA 2 - Previsione dell'offerta di residenzialità socioassistenziale extraospedaliera per anziani non autosufficienti - posti letto

ULSS	CASE DI RIPOSO										ACCREDITABILITA' 2000				ACCREDITABILITA' 2002				
	R.S.A. da riconversione ospedaliera già attivate		R.S.A. da riconversione ospedaliera		STIMA R.S.A. da riconversione ospedaliera già programmate.		già autorizzati **		Totale		Fabbr. Anziani e non Autosuff. 2002 ****		R.S.A. + N.R.S.A. intensità ridotta		Residenze assistite		Bilancio posti letto		
	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
1 Belluno	0	105	0	611	0	735	717	197	384	167	423	160	788	-53	216	423	160	789	-84
2 Feltre	180	90	0	614	8	941	465	475	128	256	277	105	512	249	141	277	105	523	238
3 Bassano del G.	180	185	0	1.225	72	1.676	1.182	1.201	325	650	700	265	1.300	196	357	700	265	1.322	174
4 Thiene	162	0	0	832	120	1.006	683	113	366	665	683	151	732	212	204	401	151	756	188
5 Arzignano	90	61	0	863	96	1.077	736	202	766	624	736	169	809	153	228	447	169	844	118
6 Vicenza	86	70	90	1.597	624	2.221	1.186	649	172	343	649	143	687	46	193	378	143	714	19
7 Pieve di Soligo	528	131	90	4.074	432	4.959	3.211	3.340	883	1.766	883	272	1.186	781	367	1.947	272	1.360	607
8 Asolo	52	0	0	1.075	120	986	244	244	986	244	986	244	986	175	293	575	217	1.085	62
9 Treviso	140	0	140	1.048	144	1.192	891	902	245	480	245	424	1.543	376	268	526	198	992	275
10 San Donà di Piave	192	0	0	1.313	144	1.457	1.543	1.491	424	849	424	424	1.543	-192	475	932	352	1.759	-408
11/12 Venezia	237	0	140	3.438	408	3.957	3.406	3.486	852	1.874	852	936	3.406	359	1.036	2.033	767	3.836	-71
13 Chioggia *	0	0	0	390	24	414	824	871	227	453	227	227	907	-378	259	508	192	959	-430
14 Chioggia *	0	0	0	1.391	268	1.659	1.745	1.823	480	960	480	480	1.920	-142	541	1.063	401	2.005	-227
15 Cittadella	237	0	0	357	72	429	863	901	235	469	235	268	939	-366	268	525	198	991	-418
16 Padova	100	0	0	2.574	408	3.412	3.922	4.106	981	2.187	981	1.080	4.317	-935	1.250	2.595	904	4.519	-137
17 Este	69	0	0	1.565	24	1.665	1.756	1.872	483	966	483	483	1.932	-108	251	492	188	929	-233
18 Rovigo ***	390	0	0	2.701	432	3.463	3.392	3.548	933	1.866	933	933	3.668	33	247	485	183	915	-284
19 Adria	0	0	0	852	120	1.032	922	944	254	507	254	254	922	-242	1.054	2.068	781	3.903	-577
20 Verona	240	0	0	1.163	168	1.643	1.287	1.322	354	708	354	354	1.322	20	280	550	208	1.038	-6
21 Legnago	0	0	0	1.785	96	1.941	1.977	2.054	544	1.087	544	544	2.175	-138	610	1.197	452	2.259	-222
22 Bussolengo	96	0	35	1.083	48	1.158	759	779	209	417	209	209	759	314	284	577	218	1.089	269
TOTALE	2.100	1.032	265	19.016	2.084	23.587	20.065	20.328	5.342	11.047	5.325	21.306	6.186	12.072	4.564	22.911	4.564	22.911	133

* comprende 10 Comuni della Provincia di Padova

**I dati relativi ai posti letto già autorizzati in case di riposo vanno valutati tenendo presente che tra di essi sono ricompresi posti non a standard per una percentuale stimata pari al 20% che saranno progressivamente disattivati in base ai programmi definiti dalle ULSS come da Paragrafo 1.3.3 Punto 3 Lett. D) della parte narrativa dell'Atto Deliberativo.

***Az. ULSS n. 18 - Istituti Polessani di Ficarolo: 60 p.l. saranno sottratti per essere inseriti in Tabella 4 Colonna E.

****I valori qui riportati sono da intendersi al netto di quelli di cui alle Colonne B1 e per quanto riguarda l'Az. ULSS n. 18 al netto di 300 unità (Istituti Polessani di Ficarolo)

N.B.: Nelle colonne Bilancio p.l. 2000 e 2002 (rispettivamente Colonna P e U) sono stati sottratti ulteriori 300 p.l. all'Azienda U.L.S.S. n. 18 di Rovigo

DIREZIONE REGIONALE
PROGRAMMA REGIONALE SOCIO SANITARIA
IL DIRIGENTE REGIONALE
Dot. Filippo *[firma]*

10751 del 10 MAR. 2000

TABELLA 3 - Previsione dell'offerta di residenzialità socio-sanitaria extraospedaliera per disabili - posti letto

ULSS	Istituti residenziali per disabili già attivati		Istituti residenziali per disabili già programmati incrementali Ex Art. 20 e incremento L. 104/92	B+C	Fabbisogno 2000	Accreditabilità 2000 intensità media	Bilancio posti letto 2000	Fabbisogno 2002	Accreditabilità 2002 intensità media	Bilancio posti letto 2002
	B	B1								
A			C	D	E	F	G	H	I	L
1 Belluno	29	0	16	45	66	66	-21	65	65	-20
2 Feltre	0	0	0	0	41	41	-41	41	41	-41
Prov. BL	29	0	16	45	107	107	-62	106	106	-61
3 Bassano del G.	164	0	40	204	82	82	122	83	83	121
4 Thiene	93	38	30	123	86	86	37	86	86	37
5 Arzignano	40	0	36	76	81	81	-5	82	82	-6
6 Vicenza	76	0	83	159	143	143	16	145	145	14
Prov. VI	373	38	189	502	392	392	170	396	396	166
7 Pieve di Soligo	30	0	0	30	100	100	-70	100	100	-70
8 Asolo	34	0	66	100	109	109	-9	112	112	-12
9 Treviso	560	560	0	560	179	179	381	181	181	379
Prov. TV	624	560	66	690	388	388	302	393	393	297
10 San Donà di Piave	15	0	30	45	99	99	-54	99	99	-54
11/12 Venezia	68	0	20	88	158	158	-70	152	152	-64
13 Mirano	14	0	0	14	119	119	-105	120	120	-106
14 Chioggia *	0	0	0	0	65	65	-65	64	64	-64
Prov. VE	97	0	50	147	441	441	-294	435	435	-288
15 Cittadella	0	0	15	15	108	108	-93	111	111	-96
16 Padova	634	634	234	868	197	197	671	199	199	669
17 Este	0	0	28	28	90	90	-62	87	87	-59
Prov. PD	634	634	277	911	395	395	516	397	397	514
18 Rovigo	72	0	12	84	87	87	-3	85	85	-1
19 Adria	0	0	0	0	38	38	-38	38	38	-38
Prov. RO	72	0	12	84	125	125	-41	123	123	-39
20 Verona	67	0	120	187	208	208	-21	208	208	-21
21 Legnago	44	0	110	154	82	82	72	82	82	72
22 Bussolengo	0	0	70	70	119	119	-49	123	123	-53
Prov. VR	111	0	300	411	409	409	2	413	413	-2
TOTALE	1.940	1.232	910	2.850	2.257	2.257	2	2.263	2.263	-2

* comprende 10 Comuni della Provincia di Padova

COLONNA B1 = Az. ULSS n. 4 ex O.P. Il Cardo i 38 p.l. saranno sottratti per essere inseriti in Tabella 4 Colonna E

COLONNA B1 = Az. ULSS n. 9 Istituto Costante Gris - 80 p.l. saranno sottratti per essere inseriti in Tabella 4 Colonna E

COLONNA B1 = Az. ULSS n. 16 - Rubano Opera Provvidenza S. Antonio 120 p.l. saranno sottratti per essere inseriti in Tabella 4 Colonna E

751 del 10 MAR. 2000

PROGRAMMA REGIONALE
DIREZIONE REGIONALE
Dot. Filippo Falusco

TABELLA 4 - Previsione dell'offerta di residenzialità intensiva extraospedaliera - posti letto

ULSS	Pop. Gen. 1998 TAB. PREC. 1 COL G	Pop. Gen. 2002 TAB. PREC. 1 COL L	Riabilitazione intensiva extra ospedaliera già attivati		Fabbisogno riabilitazione intensiva extra ospedaliera evolutiva 2000 B/1000*0,06	Fabbisogno riabilitazione intensiva extra ospedaliera evolutiva 2002 C/1000*0,06	Fabbisogno riabilitazione intensiva extra ospedaliera evolutiva 2000 B/1000*0,1	Fabbisogno riabilitazione intensiva extra ospedaliera evolutiva 2002 C/1000*0,1	CTRP psichiatriche già attivate			Fabbisogno CTRP psichiatriche che attive 2000 B/1000*0,16	Fabbisogno CTRP psichiatriche che attive 2002 C/1000*0,16	HOSPICE già attivati tutto zero	Fabbisogno HOSPICE 2000 B/1000*0,05	Fabbisogno HOSPICE 2002 C/1000*0,05	Totale Fabbisogno residenzialità 2000 F+H+M+P	Totale Fabbisogno residenzialità 2002 G+H+N+Q
			D	E					F	G	H							
A																		
1 Belluno	130.940	130.317	100	0	8	8	13	28	0	21	21	0	0	7	7	49	49	
2 Feltre	80.808	81.207	0	0	5	5	8	15	15	13	13	0	4	4	30	30	30	
Prov. BL	211.748	211.524	100	0	13	13	21	40	15	34	34	0	11	11	79	79	79	
3 Bassano del G.	161.932	165.513	0	0	10	10	16	15	0	26	26	0	8	8	60	60	60	
4 Thiene	169.354	172.893	0	0	10	10	17	12	38	27	28	0	8	8	62	62	64	
5 Arzignano	160.627	164.832	0	0	10	10	16	16	0	26	26	0	8	8	60	60	60	
6 Vicenza	283.151	289.898	27**	0***	17	17	28	29	51	45	46	0	14	14	104	104	106	
Prov. VI	775.064	793.136	27	0	47	47	78	39	89	124	126	0	38	39	286	290	290	
7 Pieve di Soligo	197.819	199.925	30****	0	12	12	20	24	0	32	32	0	10	10	74	74	74	
8 Asolo	216.595	223.629	0	0	13	13	22	27	5	35	36	0	11	11	81	81	82	
9 Treviso	354.951	362.696	10	0#	21	21	36	36	119	57	58	0	18	18	132	132	133	
Prov. TV	769.365	786.250	40	0	46	46	78	63	124	124	126	0	39	39	287	289	289	
10 San Donà di Piave	195.378	198.411	130@	0	12	12	20	20	0	31	32	0	10	10	73	73	74	
11/12 Venezia	312.540	303.429	0	0	19	19	31	7	0	50	49	0	16	15	116	116	114	
13 Mirano	236.069	240.333	0	0	14	14	24	13	0	38	38	0	12	12	88	88	88	
14 Chioggia *	128.674	128.486	0	0	8	8	13	13	0	21	21	0	6	6	48	48	48	
Prov. VE	872.667	870.659	130	0	53	53	88	39	0	140	140	0	44	43	325	324	324	
15 Cittadella	214.616	222.590	0	0	13	13	22	22	0	34	36	0	11	11	80	80	82	
16 Padova	390.042	398.875	0	0	23	24	39	36	53	62	64	0	20	20	144	144	147	
17 Este	177.864	174.600	0	0	11	11	18	18	0	28	28	0	9	9	66	66	66	
Prov. PD	782.522	796.065	0	0	47	48	79	48	53	124	128	0	40	40	290	290	295	
18 Rovigo	171.708	169.721	0	0	10	10	17	17	0	27	27	0	9	8	63	62	62	
19 Adria	75.402	75.127	0	0	5	5	8	8	0	12	12	0	4	4	29	29	29	
Prov. RO	247.110	244.846	0	0	15	15	25	25	54	39	39	0	13	12	92	92	91	
20 Verona	411.620	415.354	10	0	23	23	41	39	68	66	66	0	21	21	153	153	153	
21 Legnago	162.601	163.559	0	0	10	10	16	16	0	26	26	0	8	8	60	60	60	
22 Bussolengo	236.465	246.668	0	0	14	14	24	24	19	39	39	0	12	12	88	88	89	
Prov. VR	810.686	825.581	10	0	49	49	81	81	87	130	131	0	41	41	307	307	302	
TOTALE	4.469.156	4.528.063	307	0	270	271	449	282	422	715	724	0	226	225	1.660	1.660	1.570	

@ stagionale
D.G.R. relativa a Istituto GRIS comporrà in questa casella il valore 80.

** D.G.R. 2823/99 (20 p.l.)

*** D.G.R. 2822/99 (20 p.l.)

**** occorre tener conto dei nuovi 57 posti letto in via di attivazione

Nella Colonna E verranno inseriti rispettivamente i p.l. relativi alle Az. ULSS n. 4 (p.l. 38), Az. ULSS n. 9 (p.l. 80), Az. ULSS n. 16 (p.l. 120) e Az. ULSS n. 18 (p.l. 60) di cui alle note Tabella 2 e Tabella 3 e la quota di posti letto dell'I.R.E. di Venezia Az. ULSS n. 12 da quantificarsi in sede di definizione del relativo progetto in applicazione dell'art. 71 della L. n. 448/98.

DIREZIONE REGIONALE
PROGRAMMA REGIONALE SANITARIA
REGIONE DEL VENETO
Dott. Filippo Palumbo

751 del 10 MAR. 2000