



*Consiglio regionale della Calabria*



*Reggio Calabria , 21.02.2022*

**Prot. N. 020 del 21.02.2022 XII leg.**

Al Presidente del Consiglio Regionale della Calabria

**Oggetto:** Proposta di Riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale della Calabria, d’iniziativa del Consigliere Regionale Ferdinando Laghi.

**TITOLO:** “Riordino dell’assetto territoriale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Calabria e disposizioni ordinamentali concernenti l’attribuzione ai Sindaci delle funzioni di indirizzo, programmazione, verifica e controllo in materia di tutela della salute”.

Gentile Presidente Mancuso,

sono lieto di sottoporLe la proposta di cui all’oggetto, per l’attivazione del successivo iter, nella convinzione che quanto in essa contenuto possa essere di utilità per il positivo sviluppo dell’offerta sanitaria nella nostra Regione e dunque a tutela del diritto alla salute delle nostre popolazioni.

Mi è gradita l’occasione per porgere i più cordiali saluti.

F. to Ferdinando Laghi

Proposta di Riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale della Calabria, d'iniziativa del Consigliere Regionale Ferdinando Laghi

**Titolo: riordino dell'assetto territoriale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Calabria e disposizioni ordinamentali concernenti l'attribuzione ai Sindaci delle funzioni di programmazione, indirizzo, verifica e controllo in materia di tutela della salute.**

### RELAZIONE

La presente proposta tende ad armonizzare l'articolazione delle Aziende Sanitarie Territoriali del Servizio Sanitario Regionale della Calabria, rendendo le stesse quanto più rispondenti ed omogenee ai fabbisogni di salute delle comunità locali.

Le Unità Sanitarie Locali (UU. SS. LL.) hanno rappresentato l'innovazione principale della Legge 23.12.1978, n. 833, che, all'articolo 10, dispone che **“alla gestione unitaria della tutela della salute si provvede in modo uniforme sull'intero territorio nazionale mediante una rete completa di Unità Sanitarie Locali e che l'USL è il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni singoli o associati e delle Comunità Montane, i quali, in un ambito territorialmente determinato, assolvono ai compiti del Servizio Sanitario Nazionale”**.

La Legge n. 833/1978 ha, in buona sostanza, istituito le Unità Sanitarie Locali allo scopo di fornire, con carattere di uniformità, adeguatezza e tempestività, i servizi all'utenza, prevedendo, allo scopo, una configurazione territorialmente omogenea.

Nella determinazione del numero delle Unità Sanitarie Locali, intese quali strutture operative del S.S.N., il Legislatore ha inteso prevedere un ambito territoriale molto ristretto (dai 50.000 ai 200.000 abitanti), a seconda delle condizioni oro-geografiche e socio-economiche dei territori.

Al fine di garantire una politica interattiva tra “territorio-servizio-cittadini”, l'apparato delle Unità Sanitarie Locali è stato articolato in Distretti Sanitari di Base, intesi quali strutture tecnico-funzionali per l'erogazione dei servizi di primo livello e di pronto intervento, allo scopo di favorire una maggiore efficacia ed una più capillare diffusione dell'intervento.

In attuazione del processo di regionalizzazione della materia sanitaria ed in applicazione dei principi ordinamentali sanciti dalla Legge n. 833/1978, la Regione Calabria, con la Legge Regionale 2 giugno 1980, n. 18, ha istituito il Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto degli articoli 3 e 32 della Costituzione e dei principi di libertà, pari dignità ed uguaglianza dei cittadini, senza distinzioni di condizioni economiche e sociali.

Con la stessa Legge Regionale è stata assicurata l'integrazione ed il coordinamento dei servizi socio-assistenziali con quelli sanitari, sulla base dei dati epidemiologici di morbilità, co-morbilità,

vulnerabilità sanitaria e sociale, indici di deprivazione socio-economica e del principio di sussidiarietà.

La Legge Regionale n. 18/1980 ha istituito le Unità Sanitarie Locali, quali espressione dei Comuni, singoli o associati, in quanto rilevatori primi dei fabbisogni sanitari, socio-assistenziali e socio-sanitari, e ne ha definito gli ambiti territoriali articolando il territorio regionale in 31 Unità Sanitarie Locali, definendone contestualmente i settori di competenza, in quanto strutture operative dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità Montane.

Seppure con le contraddizioni e le riserve di metodologia politica dell'epoca, lo spirito della norma ha cercato di dare un segnale di vicinanza della sanità ai territori.

La diretta emanazione dell'istituzione sanitaria, quale articolazione dei territori, voluta dalla Legge n. 833/1978, ha rappresentato il tentativo importante di dare vita a quella sanità cosiddetta di "prossimità", capace di intercettare i fabbisogni di salute dei cittadini.

Tale logica universalistica e sussidiaria di intendere il processo assistenziale, frutto anche di una logica di omogeneità territoriale, ha subito l'opera demolitrice dell'aziendalizzazione.

La figura dell'Amministratore Straordinario, prevista dalla Legge Regionale n. 3/1992, è da intendersi quale diretta emanazione del potere regionale e primo atto ufficiale di quel processo di aziendalizzazione che troverà compiuta espressione legislativa con il Decreto Legislativo n. 502/1992, con il quale, alla finalità universalistica e sussidiaria della tutela della salute, si sostituirà la logica econometrica e ragionieristica, ispirata alla sostenibilità del debito pubblico e del pareggio di bilancio: in tale ottica, l'assistenza sanitaria sarà intesa quale costo, non già come investimento.

Successivamente, con la Legge Regionale 12 novembre 1994, n. 26, in attuazione dell'articolo 4, comma 1, del Decreto Legislativo n. 502/1992, e s. m. i., sono state istituite le Aziende Ospedaliere "Pugliese – Ciaccio" di Catanzaro, "Annunziata" di Cosenza, "Bianchi-Melacrino-Morelli" di Reggio Calabria, dotate di personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, tecnica, contabile, gestionale.

Con il DPGR n. 170/2005, adottato ai sensi dell'articolo 2, comma 2, della Legge Regionale n. 26/1994, è stata costituita l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini" di Catanzaro, con la quale la Regione Calabria, ai sensi del Decreto Legislativo n. 517/1999, è chiamata ad istituire protocolli didattici ed assistenziali.

Con la Legge Regionale 3 aprile 1995, n. 9, è stato approvato il Piano Sanitario Regionale 1995/1997, in armonia con le disposizioni ordinamentali di cui alla Legge n. 833/1978.

Con la Legge Regionale 22 gennaio 1996, n. 2, sono state approvate le norme per il riordino del Servizio Sanitario Regionale, con l'istituzione del Coordinatore dei Servizi Sociali, del Consiglio dei Sanitari, della Conferenza dei Sindaci, nell'ottica del processo di aziendalizzazione degli Enti del Servizio Sanitario Regionale.

Con la Legge Regionale 19 marzo 2004, n. 11, è stato approvato il Piano Regionale della Salute 2004/2005, tutt'ora vigente, teso a disciplinare la programmazione sanitaria regionale, con riguardo alla rete della prevenzione, alla rete territoriale, alla rete ospedaliera, alla rete

dell'emergenza/urgenza.

Con la Legge Regionale 11 maggio 2007, n. 9, le 11 Aziende sanitarie, di cui alla Legge Regionale n. 3/1992 ed alla Legge Regionale n. 2/1996, per effetto di un emendamento "notturno" approvato in Consiglio Regionale, sono state accorpate nelle Aziende Sanitarie Provinciali, rispettivamente, di Cosenza, Reggio Calabria, Catanzaro, Crotona e Vibo Valentia, i cui ambiti territoriali di riferimento coincidono con le attuali circoscrizioni provinciali.

L'operazione di accorpamento, non preceduta da una necessaria e dovuta azione politico-organizzativa di natura propedeutica, soprattutto per quanto concerne i requisiti di omogeneità territoriale e di conformazione geografica, statistico-epidemiologica, ha rivelato, da subito, i connotati di un'operazione verticistica e di potere, figlia della fiduciarità politica.

A riscontro, tale scelta strategica ha rivelato, in 14 anni, il proprio fallimento sul piano organizzativo, gestionale, patrimoniale, tecnico, finanziario e contabile. Su tale ultimo aspetto, la gestione dissennata e fiduciaria delle risorse ha creato ingenti disavanzi gestionali, presumibilmente nell'ordine di miliardi di euro, che hanno paralizzato l'erogazione dei livelli minimi assistenziali, hanno creato delle megastrutture organizzative e gestionali che non hanno inciso affatto nell'implementazione di un sistema assistenziale efficace ed efficiente e che si sono rivelate solo strumenti di pura gestione del potere.

Si è assistito, in questi anni, ad una desertificazione nel campo della prevenzione, delle politiche territoriali, ospedaliere e dell'emergenza-urgenza, culminata con la chiusura di ben 18 Presidi Ospedalieri, per effetti del DPGR - C.A. n. 18/2010, mentre la costruzione dei mega ospedali è rimasta pura operazione cartacea, alla stessa stregua della realizzazione delle Case della Salute.

In estrema sintesi, le Aziende Sanitarie Provinciali hanno palesato la loro incapacità strutturale, organizzativa, tecnica, economico-finanziaria, patrimoniale, gestionale ed estremamente fallace si è rivelato l'assioma "Accorpamento= Risparmio". Anzi, si è verificato il fenomeno inverso, nel senso che le macro Aziende si sono dimostrate improduttive e foriere di disavanzi che, ai fini di un rilancio del S.S.R., dovranno essere ufficialmente certificati, sterilizzati ed azzerati.

Il persistere nella logica del Piano di Rientro dai Disavanzi Sanitari Regionali, di cui all'articolo 1, comma 180, della Legge n. 311/2004, rappresenta, per la Regione Calabria, un pesante macigno che, commisto allo spaventoso disavanzo gestionale, ne impedirà il decollo in ambito sanitario e socio-sanitario.

Per l'implementazione di una congrua dotazione organica va concretamente rimosso il blocco del turnover. In particolare, va cancellato l'articolo 11 del Decreto-Legge n. 35/2019, convertito, con modificazioni, dalla Legge n. 60/2019 (Decreto Calabria 1).

Nel nuovo modello di riorganizzazione territoriale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale, di cui alla presente proposta, i Sindaci devono essere individuati quali rilevatori primi del fabbisogno sanitario e socio-sanitario dei territori, nell'ambito della prevenzione, dell'assistenza territoriale, dell'assistenza ospedaliera e dell'emergenza-urgenza.

In una logica di integrazione territorio-ospedale, è auspicabile la definizione, per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, delle Aree Vaste, concepite sulla base dell'omogeneità oro-geografica, diagnostico-

terapeutica, epidemiologica, d'integrazione e di coordinamento.

Tale forma organizzativa favorisce la creazione di una rete assistenziale di prossimità, a superamento dei vecchi stereotipi di classificazione, rendendosi capace di intercettare e gestire i fabbisogni immediati di salute delle popolazioni.

I *gap* assistenziali palesati dalle diverse aree del territorio regionale non potranno essere colmati da propositi progettuali di riorganizzazione della rete ospedaliera regionale, incentrati, in misura preponderante, sugli ospedali di comunità, di cui all'intesa Stato-Regioni del 20 Febbraio 2020, Rep. Atti n. 17/c.s.r., e sugli ospedali di zona disagiata, di cui al Decreto del Ministro della Salute del 2 aprile 2015, n. 70, tenuto conto della disomogeneità territoriale calabrese, la quale richiede una forte presenza della rete ospedaliera di base, con forte connotazione operativa del settore dell'emergenza-urgenza, la cui grave ed accertata carenza in termini di personale e mezzi si è rivelata gravemente lesiva dell'applicazione del principio della "Golden Hour".

A puro titolo esemplificativo, occorre evidenziare come alcune aree ricadenti nelle circoscrizioni delle Aziende Sanitarie (Area Esaro-Pollino, Area del Basso e dell'Alto Jonio, Area Grecanica, Area del Savuto) risultino storicamente penalizzate per quanto concerne l'ambito dell'emergenza, dell'emergenza-urgenza, dei servizi della medicina del territorio e della rete ospedaliera di base.

La circostanza richiede, ai fini dell'equità assistenziale, l'istituzione di un fondo perequativo regionale, che, tenuto conto dei costi e dei fabbisogni standard, di cui al Decreto Legislativo n. 68/2011, garantisca pari diritto di accesso alle cure.

Per le motivazioni riportate, è necessario superare le attuali Aziende Sanitarie Provinciali, mediante una diversa articolazione territoriale che tenga conto dell'omogeneità oro-geografica, logistica, di morbilità, co-morbilità, di vulnerabilità sociale, di deprivazione socio-economica.

In tale prospettiva, trattandosi, ai sensi dell'articolo 121 della Costituzione, di disposizioni di natura ordinamentale, la presente proposta segue l'ordinario iter legislativo previsto dall'articolo 39 dello Statuto e dagli articoli 63 e 66 del Regolamento di funzionamento del Consiglio Regionale.

Nell'obiettivo di favorire una sanità di prossimità ai cittadini, che garantisca la continuità Ospedale-Territorio e che costituisca, sulla scorta dell'uniformità, complessità ed intensità delle cure, un filtro diagnostico e terapeutico nei confronti della rete ospedaliera HUB, in atto disciplinata dal Decreto Legislativo n. 517/1999 e dalla vigente disciplina legislativa regionale, ivi compresa la recente approvazione, a cura del Consiglio regionale della Calabria, della proposta di legge che ha disposto la fusione per incorporazione dell'Azienda Ospedaliera "Pugliese-Ciaccio" di Catanzaro con l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Mater Domini" dando vita all'Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco", la rete ospedaliera Spoke, di base, di zona disagiata, di zona montana, di Comunità, afferisce alla giurisdizione delle Aziende Sanitarie Locali, secondo gli ambiti territoriali previsti dalla presente proposta di legge regionale.

La rete ospedaliera HUB è articolata: in una zona nord, facente capo all'Azienda Ospedaliera di Cosenza, coincidente con l'ambito territoriale della Provincia; in una zona Centro, facente capo all'Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco" di Catanzaro, coincidente con gli ambiti territoriali delle Province di Catanzaro, Crotona e Vibo Valentia; in una Zona Sud, facente capo al "Grande Ospedale Metropolitano" (GOM) - ex Azienda Ospedaliera "Bianchi-Melacrino-Morelli",

coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Reggio Calabria.

In un contesto di tutela della sanità di prossimità un ruolo prevalente, sotto l'aspetto programmatico, di indirizzo, di verifica e controllo, dovrà essere attribuito ai Sindaci, quali rilevatori primi dei fabbisogni di salute dei territori, sotto l'aspetto sanitario, e socio-sanitario.

Suddette prerogative, peraltro previste dall'articolo 3, comma 14, del Decreto Legislativo n. 502/1992, e s.m.i., vanno esercitate istituzionalmente attraverso la Conferenza dei Sindaci delle Aziende Sanitarie Locali.

### **Relazione tecnico-finanziaria**

L'impatto degli oneri finanziari derivanti dalla presente proposta di legge è da ritenersi minimo, fatta eccezione per un lieve incremento del costo del personale e delle spese di funzionamento.

Peraltro, l'incremento della spesa sanitaria per il personale è previsto nel Piano della Regione Calabria, già trasmesso ad AGENAS e volto a finanziare, attraverso le risorse del PNRR, gli Ospedali di Comunità, le Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali, tenuto conto, nel contesto, che l'attuale spesa sanitaria regionale pro-capite risulta di sette punti percentuali inferiore alla media nazionale.

Nella considerazione che la presente Pdl si pone, quale obiettivo precipuo, quello di garantire una migliore e più funzionale gestione dei servizi sanitari territoriali, in una logica di continuità Ospedale-Territorio, volta alla promozione ed alla tutela di una sanità di prossimità vicina ai cittadini, secondo il principio di intensità e complessità delle cure, fungendo da filtro diagnostico-terapeutico nei confronti della rete ospedaliera di secondo livello (RETE HUB), il leggero incremento degli oneri di funzionamento, sarebbe compensato dalla conseguente riduzione dei capitoli di spesa inerenti la mobilità sanitaria passiva interregionale e la spesa sanitaria in convenzione.

Le strutture convenzionate, in ossequio al principio di uniformità, complessità ed intensità delle cure, dovranno agire in una logica di integrazione e complementarietà al Servizio Sanitario Pubblico, garantendo, a seguito della stipula degli Accordi Contrattuali, ex articolo 8-quinquies del Decreto Legislativo n. 502/1992, quelle prestazioni ad alta intensità diagnostico-terapeutica non adeguatamente e/o tempestivamente erogabili dal Servizio Sanitario Pubblico Regionale.

Non si esclude che una parte delle figure professionali necessarie per l'attuazione della presente legge siano identificabili tra il personale già in dotazione al S.S.R. Tale ipotesi, attraverso una rimodulazione organizzativo-gestionale della rete assistenziale ed ospedaliera, abbatterebbe gli oneri finanziari supplementari specifici descritti nella relazione.

La prevista articolazione delle Aziende Sanitarie Locali in Aree Vaste comporta una contestuale riduzione di incarichi di natura complessa, così come una riduzione dei Dipartimenti Strutturali, privilegiando la tipologia dei Dipartimenti Funzionali e dei Dipartimenti Misti, sulla scorta delle Linee Guida Regionali per l'adozione degli Atti Aziendali.

### **Quadro di riepilogo analisi economico-finanziaria**

**(Allegato a margine della relazione tecnico-finanziaria ex articolo 39 dello Statuto Regione Calabria)**

La presente legge si pone, quale obiettivo principale, la garanzia di una migliore e più efficiente gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari regionali territoriali, pur comportando un leggero incremento degli oneri finanziari a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Non trascurabile, altresì, è l'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria per acquisto prestazionale dalle strutture sanitarie private accreditate, della riduzione della mobilità sanitaria passiva e della definizione dei costi e dei fabbisogni standard. Per tali aspetti, l'impatto finanziario complessivo della legge è da considerarsi nullo.

Nello specifico, il passaggio da 5 Aziende Sanitarie Provinciali a 11 Aziende Sanitarie Locali comporterebbe, come costi diretti, quelli legati alla retribuzione dei 6 nuovi Direttori Generali e del personale amministrativo supplementare, non previsti dal quadro organizzativo attuale.

Quanto agli oneri specifici, va prevista l'integrazione di:

- n. 6 Direttori Generali, per una spesa presunta annua di euro 695.000,00 (costo annuale medio per 1 equivalente tempo pieno di euro 158.000,00),
- n. 30 profili con ruolo amministrativo, dedicati al supporto di gestione, per una spesa presunta annua di euro 830.000,00 (costo annuale medio di 1 equivalente tempo pieno di 27.600,00).

Gli oneri complessivi derivanti dalla legge ammontano pertanto a euro 1.125.000,00 su base annua.

La stima degli oneri è elaborata sulla base dei valori medi per le spese del personale indicati nel Consuntivo Spese 2020 dell'ASP di Cosenza.

Occorre sottolineare che la spesa necessaria all'implementazione del nuovo assetto organizzativo territoriale è compensata, anche e soprattutto, dai vantaggi di natura sanitaria e socio-sanitaria derivanti dall'ottimizzazione e dall'efficientamento della gestione sanitaria territoriale, costituente il principio fondamentale della presente legge.

Così come essa risulta complementare al Piano della Regione Calabria, già trasmesso ad AGENAS, e volto a finanziare – attraverso le risorse europee del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – le Case di Comunità, gli Ospedali di Comunità e le Centrali Operative Territoriali, il conseguente potenziamento del personale medico, infermieristico, tecnico, ausiliario ed amministrativo garantisce le risorse necessarie per la corretta applicazione della presente legge.

Senza oneri ulteriori per la Regione Calabria, la presente legge prevede una ristrutturazione della spesa corrente mediante: (i) una maggiore internalizzazione dei servizi aziendali, sia dirigenziali che del comparto, (ii) una rimodulazione degli organi di direzione strategica aziendale, nonché (iii) una rimodulazione dell'assetto gestionale delle neo costituite Aziende Sanitarie Locali, con riduzione, ove possibile e necessario, delle Unità Operative Complesse e maggiore previsioni di Unità Operative Semplici a Valenza Dipartimentale, (iv) una rimodulazione dei Dipartimenti strutturali e funzionali, da porre in essere a cura delle Aziende Sanitarie Locali, in sede di redazione degli Atti Aziendali, sulla scorta delle linee-guida approvate dal Commissario Ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro dai Disavanzi Sanitari Regionali.

**TAB 1 - Oneri finanziari**

<b>Articolo</b>	<b>Descrizione</b>	<b>Tipologia I o C</b>	<b>Carattere Temporale A o P</b>	<b>Importo</b>
Articolo 1	Non comporta oneri finanziari in quanto contiene le finalità della legge	N/A	N/A	N/A
Articolo 2	Non comporta oneri finanziari in quanto individua l'ambito di applicazione	N/A	N/A	N/A
Articolo 3	Comporta oneri finanziari per l'assunzione del Personale Amministrativo aggiuntivo necessario al funzionamento delle Aziende Sanitarie Locali – nr. 6 Direttori Generali a tempo pieno e nr. 30 profili amministrativi	C	A	€ 1.125.000,00
Articolo 4	Non comporta oneri finanziari in quanto descrive il regime transitorio ed applicativo della legge	N/A	N/A	N/A
Articolo 5	Non comporta oneri finanziari ulteriori in quanto ha carattere descrittivo	N/A	N/A	N/A
Articolo 6	Non comporta oneri finanziari ulteriori in quanto ha carattere descrittivo	N/A	N/A	N/A
Articolo 7	Non comporta oneri finanziari ulteriori in quanto dispone le procedure di consultazione degli enti locali	N/A	N/A	N/A
Articolo 8	Descrive e quantifica l'impegno di spesa	N/A	N/A	N/A
Articolo 9	Non comporta oneri finanziari	N/A	N/A	N/A
Articolo 10	Dispone l'entrata in vigore della legge	N/A	N/A	N/A

**Tab. 2 Copertura finanziaria:**

<b>Programma / capitolo</b>	<b>Anno 2022*</b>	<b>Anno 2023</b>	<b>Anno 2024</b>	<b>Totale</b>
- MISSIONE 13 Tutela della salute - PROGRAMMA 01 - Servizio sanitario regionale finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA - 104 Trasferimenti correnti	843.750,00	1.125.000,00	1.125.000,00	3.093.750,00



Totale	843.750,00	1.125.000,00	1.125.000,00	3.093.750,00
--------	------------	--------------	--------------	--------------

\* Per l'annualità 2022, si è calcolata la quota proporzionale corrispondente a 9 mensilità. La quota è soggetta a variazione in funzione della data di approvazione della legge e degli iter amministrativi che ne conseguono per la sua applicazione.

## **PROPOSTA DI LEGGE**

### **ARTICOLO 1**

#### **(Finalità e obiettivi)**

1. La presente legge, allo scopo di rendere omogenei i servizi sanitari e socio-sanitari nel territorio della Regione Calabria, in una logica d'integrazione e coordinamento, prevede una diversa articolazione dell'assetto territoriale delle attuali Aziende Sanitarie Provinciali coincidente con le attuali circoscrizioni provinciali, di cui all'articolo 7 della Legge Regionale 11 maggio 2007, n. 9.
2. Le AA. SS. LL. sono articolate secondo i principi della omogeneità oro-geografica, dei servizi logistici, della viabilità, degli assetti strutturali ed infrastrutturali, e, per quanto concerne il target dell'utenza, sulla base di criteri statistico-epidemiologici di morbilità, co-morbilità, vulnerabilità sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale, nonché degli indici di deprivazione socio-economica.
3. Al fine di garantire la piena uniformità prestazionale sanitaria e socio-sanitaria su tutto il territorio regionale, previa ricognizione delle aree soggette a deprivazione dei livelli minimi ed essenziali di assistenza, è istituito un apposito fondo perequativo regionale.

### **ARTICOLO 2**

#### **(Individuazione degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie Locali)**

1. Al fine di conferire maggiore uniformità ai servizi sanitari e socio-sanitari integrati da erogare nel territorio della Regione Calabria, a far data dall'entrata in vigore della presente legge, le Aziende Sanitarie, rispettivamente, di Cosenza, Reggio Calabria, Catanzaro, Crotona e Vibo Valentia, di cui all'articolo 7, comma 1, della Legge Regionale 11 maggio 2007, sono soppresse e sostituite di diritto da n. 11 Aziende Sanitarie Locali, di cui n. 4 nella Provincia di Cosenza, individuate, rispettivamente, nell'Area Tirrenica, nell'Area Jonica, nell'Area Esaro-Pollino, nell'Area Metropolitana di Cosenza, ricomprensive anche i Comuni della Valle del Savuto ed i Comuni montani; n. 3 nella Provincia di Reggio Calabria, individuate, rispettivamente, nell'Area Grecanica, nell'Area della Costa Viola, nell'Area Metropolitana di Reggio Calabria; n. 2 nella Provincia di Catanzaro, individuate, rispettivamente, nell'Area di Catanzaro e Comuni ricompresi e nell'Area del Lametino; n. 1 nell'Area di Crotona e Provincia; n. 1 nell'Area di Vibo Valentia e Provincia.
2. Entro il termine di giorni trenta dall'entrata in vigore della presente legge sono formalmente determinati gli ambiti territoriali e le sedi legali delle neo costituite Aziende Sanitarie Locali.

### **ARTICOLO 3**

#### **(Subentro delle Aziende Sanitarie Locali alle Aziende Sanitarie Provinciali)**

1. Entro il termine di novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, le Aziende Sanitarie Locali subentrano nelle funzioni, nelle attività e nelle competenze alle sopresse Aziende Sanitarie Provinciali e succedono in tutti i rapporti giuridici attivi e passivi di qualunque genere, ai rapporti patrimoniali ed economico-finanziari alle stesse Aziende.
2. Entro trenta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, viene nominato, per ciascuna delle sopresse Aziende Sanitarie Provinciali, un Commissario liquidatore. L'incarico di Commissario liquidatore cesserà improrogabilmente entro sessanta giorni dal formale conferimento, decorso il quale si procederà alla nomina dei Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Locali, in attesa delle nomine dei Direttori Generali, ai sensi del Decreto Legislativo 4 agosto 2016, n. 171, e successive modificazioni ed integrazioni.
3. I contratti dei Commissari Straordinari delle sopresse Aziende Sanitarie Provinciali sono risolti di diritto a far data dal trentesimo giorno dall'entrata in vigore della presente legge. Fino alla scadenza del suddetto termine, ed in ogni caso fino alla nomina dei Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Locali, i Commissari Straordinari in carica possono adottare esclusivamente gli atti di ordinaria amministrazione, nonché tutti gli atti indifferibili ed urgenti, adeguatamente motivati. Gli atti non ordinari, nonché gli atti non indifferibili ed urgenti sono nulli di diritto.

### **ARTICOLO 4**

#### **(Articolazioni assistenziali delle Aziende Sanitarie Locali e regime transitorio degli Atti Aziendali delle sopresse Aziende Sanitarie Provinciali)**

1. Le Aziende Sanitarie Locali di cui alla presente legge saranno funzionalmente organizzate per Aree Vaste Aziendali, individuate per discipline omogenee, d'integrazione e coordinamento, secondo modelli di natura dipartimentale.
2. Entro centottanta giorni dall'entrata della presente legge, le Aziende Sanitarie Locali adottano i relativi Atti Aziendali.
3. Gli Atti Aziendali adottati dalle sopresse Aziende Sanitarie Provinciali, in quanto applicabili, restano in vigore all'adozione degli Atti Aziendali da parte delle Aziende Sanitarie Locali.

## **ARTICOLO 5**

### **(Articolazione delle Aziende Ospedaliere)**

1. Le Aziende Ospedaliere sono articolate in una Zona Nord, facente capo all'Azienda Ospedaliera, con sede in Cosenza, coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Cosenza; in una Zona Centro, facente capo all'Azienda Ospedaliera Universitaria "Renato Dulbecco", con sede in Catanzaro, coincidente con gli ambiti territoriali delle Province di Catanzaro, Crotona e Vibo Valentia; in una Zona Sud, facente capo all'Azienda Ospedaliera - Grande Ospedale Metropolitano (GOM), coincidente con l'ambito territoriale della Provincia di Reggio Calabria.

## **ARTICOLO 6**

### **(Ospedali non costituiti in Aziende Ospedaliere)**

1. Gli Ospedali che, ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, non sono costituiti in Aziende Ospedaliere, afferiscono alla competenza delle Aziende Sanitarie Locali, secondo gli ambiti territoriali previsti dalla presente legge.

## **ARTICOLO 7**

### **(Ruolo della Conferenza dei Sindaci delle Aziende Sanitarie Locali e delle Associazioni e dei Comitati dei Cittadini)**

1. Al fine di rendere univoca e conferente la programmazione dei fabbisogni sanitari e socio-sanitari dei cittadini, la Conferenza dei Sindaci delle Aziende Sanitarie Locali, di cui alla presente legge, oltre alle funzioni istituzionali previste dall'articolo 3, comma 14, del Decreto Legislativo n. 502/1992, e s. m. i., acquisite le risoluzioni della Conferenza dei Distretti Socio-Sanitari, determina i fabbisogni di salute dei cittadini in ambito territoriale, della prevenzione, ospedaliero, dell'emergenza-urgenza e delle reti tempo-dipendenti, tenuto conto del principio dei costi e fabbisogni standard, finalizzati alla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), e trasmette le proprie determinazioni agli organi della programmazione sanitaria aziendale e regionale. In sede di redazione delle proposte programmatiche, la Conferenza dei Sindaci dell'Azienda Sanitaria Locale tiene in debita considerazione proposte e/o suggerimenti formulati dalle associazioni e dai comitati dei cittadini.

## **ARTICOLO 8**

### **(Impegno di spesa)**

1. Agli oneri derivanti dalla presente legge, determinati in euro 843.750,00, si provvede, per l'Anno 2022, con le risorse disponibili sul fondo Regionale Missione 13 – Tutela della Salute, che presenta la necessaria disponibilità, con riduzione del medesimo importo. Per gli anni 2023 e 2024 gli oneri annuali sono determinati in euro 1.125.000,00.
2. La Giunta Regionale è autorizzata ad effettuare le necessarie variazioni allo stato di previsione del bilancio di previsione per gli Anni 2022, 2023, 2024.
3. Alla copertura finanziaria degli oneri per le annualità successive si provvede nei limiti consentiti dalla effettiva disponibilità di risorse autonome, per come stabilite dalla legge di approvazione della Regione Calabria.

## **ARTICOLO 9**

### **(Abrogazioni)**

1. Dall'entrata in vigore della presente legge è espressamente abrogato l'articolo 7 della Legge Regionale 11 maggio 2007, n. 9.
2. Sono altresì abrogate tutte le norme in contrasto con la presente legge.

## **ARTICOLO 10**

### **(Entrata in vigore)**

1. La presente legge sarà pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Calabria.
2. È fatto obbligo, a chiunque spetti, di osservarla e di farla osservare come legge della Regione Calabria.